

Editorial

Desenvolvimento Profissional e Aprendizagem ao Longo da Vida

Eduardo Cruz e Madalena Gomes da Silva

Artigos Científicos

Seleção e Caracterização de Instrumentos de Medida Úteis à Intervenção da Fisioterapia em Idosos

Rosa campos Mendes e Maria de Fátima Perloiro

Intervenção em Utentes com Dor Lombar Crónica: Estudo de Caso Múltiplo com Utentes com Dor Lombar Crónica

Rita Fernandes, Sílvia Ferreira, Sónia Almeida e Eduardo Cruz

Revisões da Literatura

Reabilitação Cardíaca

Helena Silva

Desenvolvimento Profissional

Portefólio Profissional

Carla Pereira, Eduardo Cruz e Aldina Lucena

Índices de Revistas

ESSNotícias

Editores**Madalena Gomes da Silva**

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.

Eduardo Cruz

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.

Comissão Editorial**Aldina Lucena**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

Ana Dias

Aluna do 2º Ciclo da Licenciatura Bi- Etápica em Fisioterapia

Carla Pereira

Assistente da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

Helena Silva

Assistente da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

Lidia Marques

Aluna do 2º Ciclo da Licenciatura Bi- Etápica em Fisioterapia

Raquel Figueiredo

Aluna do 2º Ciclo da Licenciatura Bi- Etápica em Fisioterapia

Ricardo Matias

Assistente da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

Índice**Editorial.....pág. 2**

Desenvolvimento Profissional e Aprendizagem ao Longo da Vida

Eduardo Cruz; Madalena Gomes da Silva

Artigos Científicos.....pág. 3

Seleção e Caracterização de Instrumentos de Medida Úteis à Intervenção da Fisioterapia em Idosos Institucionalizados

Rosa Campos Mendes; Maria de Fátima Perloiro

Intervenção em utentes com Dor Lombar Crónica: Estudo de Caso Múltiplo com Uteses com Dor Crónica Lombar

Rita Fernandes; Sílvia Ferreira; Sónia Almeida; Eduardo Cruz

Revisões da Literatura.....pág. 52

Reabilitação Cardíaca

Helena Silva

Desenvolvimento Profissional.....pág. 70

Portefólio Profissional: Um instrumento para o desenvolvimento profissional contínuo

Carla Pereira; Eduardo Cruz; Aldina Lucena

Índices de Revistas.....pág. 90**ESSNotícias.....pág. 110**

Inscrição na Mailing list EssFisiOnline em:

www.ess.ips.pt

Ou através dos contactos:

Área Disciplinar da Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Campus do IPS, Estefanilha
Edifício da ESCE
2914 - 503 Setúbal

essfisionline@ess.ips.pt

Telef: 265 709 300

ISSN: 1646-0634

Desenvolvimento Profissional e Aprendizagem ao Longo da Vida

Julho é tradicionalmente o mês de conclusão do Curso de Licenciatura em Fisioterapia. Este ano, serão formados perto de 800 novos licenciados dos 16 cursos de Fisioterapia existentes no nosso país. Destes 800 novos profissionais espera-se que tenham adquirido as competências necessárias para o exercício qualificado da Fisioterapia, e que o façam no respeito dos compromissos e valores da profissão, nomeadamente o de garantir os melhores cuidados, de acordo com a evidência disponível.

Assumido o compromisso com os valores da profissão, todos terminam o curso, conscientes da necessidade de se actualizarem continuamente. Todos desejam melhorar as suas competências e actualizá-las quando necessário, beneficiando dessa forma os utentes e populações. No entanto, a forma como encaram esse compromisso, poderá fazer a diferença nas competências desenvolvidas, num futuro próximo.

Para muitos o desenvolvimento das suas competências estará em grande parte relacionado com as oportunidades profissionais que lhes forem surgindo, com a cultura dos serviços que os integrarem, com os colegas de trabalho que colaborarem, com as acções de formação que realizarem, e com o ambiente familiar, social, económico e cultural de cada um.

Boa parte das diferenças encontradas será atribuível aos aspectos referidos, mas existem igualmente outras oportunidades que dependem essencialmente de cada um de nós. Começar por assumir que aquilo que poderemos ser no futuro enquanto Fisioterapeutas, não está apenas dependente das oportunidades que surgem, mas igualmente das oportunidades que proporcionamos a nós próprios, implica assumir um papel activo no nosso próprio desenvolvimento pessoal e profissional.

Assumir isso, significa igualmente aceitar que o desenvolvimento profissional é um processo de construção continuada, que integra as mudanças, e que procura desenvolver em cada um de nós, um amplo leque de competências, que nos ajudem não só na actividade profissional, mas igualmente na gestão da nossa aprendizagem e do estilo de vida que ambicionamos.

O conceito de desenvolvimento profissional acima referido tem como elemento essencial, a nossa capacidade de reflexão individual. É através da reflexão que passaremos de espectadores a actores no processo de desenvolvimento e na aprendizagem ao longo da vida. Reflectir acerca da prática de cada um é, também por isso, um valioso contributo para o crescimento e afirmação da profissão.

A elaboração de um Portefólio pode ajudar nesse processo de construção, se for entendido enquanto instrumento de reflexão que demonstra aos outros, porque somos competentes, e como construímos essa competência, ilustrando o nosso percurso com as experiências que nos enriqueceram e transformaram, e não como um mero instrumento de registo no qual são descritas as actividades realizadas valorizando a factualidade, a quantidade, esquecendo-nos que isso nada garante.

Eduardo Brazete Cruz e Madalena Gomes da Silva

Seleção e Caracterização de Instrumentos de Medida Úteis à Intervenção da Fisioterapia em Idosos Institucionalizados

Rosa Campos Mendes*; Maria de Fátima Perloiro**

* rosa.mendes@netvisao.pt; ** fperloiro@ess.ips.pt

Introdução

O número de pessoas idosas residente em Portugal mais que duplicou nos últimos 40 anos, sendo este número predominantemente do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2000). De acordo com a informação divulgada pelo INE em 2005, mantém-se a tendência do envelhecimento demográfico, com aumento da longevidade, tendo-se verificado um acréscimo da proporção da população idosa (65 e mais anos), que passou de 16,8% em 2003 para 17,0% em 2004 e o índice de envelhecimento aumentou de 107 idosos por cada 100 jovens em 2003 para 109 em 2004.

Em 1991, 2,5% dos idosos viviam em famílias institucionais e tudo indica que esta percentagem tenha vindo progressivamente a aumentar. Nos homens essa proporção era de 1,9% sendo para as mulheres de 3,7% e a maior percentagem pertence ao grupo de idosos com mais de 80 anos (INE, 1999). A Família Institucional define-se como o conjunto de indivíduos residentes num alojamento colectivo que independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo (INE, 1999).

Um aspecto importante que distingue a população mais idosa da mais nova é o nível elevado da co-ocorrência de múltiplas condições crónicas, designadas por co-morbidade (GURALNIK E FERRUCI, 2003). As doenças ameaçam mais do que a saúde física dos idosos ao alterar a sua capacidade funcional já que a doença e os seus efeitos limitam as actividades habituais que a pessoa identifica como essenciais para uma vida com significado (GUCCIONE, 2002).

Assim, embora as doenças individuais sejam importantes e o sistema de medicina moderna esteja orientado em direcção ao diagnóstico e tratamento de doenças específicas, as consequências de uma única doença ou de múltiplas doenças podem ser melhor compreendidas pela avaliação do estado funcional do utente (GURALNIK E FERRUCI, 2003).

* Fisioterapeuta. Lar de Idosos do SBSI/SAMS em Azeitão

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Sendo a promoção da saúde fundamental para as pessoas idosas, nos idosos institucionalizados está muitas vezes apenas relacionada com a manutenção da saúde e, deste modo, a promoção da saúde é desvalorizada ou não é reconhecida (SQUIRE, 2005).

Uma intervenção de qualidade quer na manutenção quer na promoção da saúde só é possível a partir de uma boa avaliação com a utilização de instrumentos de medida adequados e validados para o tipo de população em estudo, tal como VANSWEARINGEN E BRACH (2001) referem no seu artigo *Making Geriatric Assessment Work: Selecting Useful Measures*. Neste artigo as autoras defendem que a selecção de instrumentos de medida apropriados é importante para determinar a efectividade da avaliação e intervenção geriátrica na redução da morbilidade. Este serviu como ponto de partida/referência para a elaboração do presente estudo, cujo objectivo é contribuir para a recolha de instrumentos de medida em fisioterapia considerados mais adequados para aplicar no contexto dos idosos institucionalizados.

As medições são fundamentais para a prática de fisioterapia. Medidas significativas e úteis são importantes para que os fisioterapeutas sejam reconhecidos como profissionais de saúde credíveis (TASK FORCE ON STANDARDS FOR MEASUREMENT IN PHYSICAL THERAPY, 1991).

Assim, as medições são necessárias de modo a ser possível classificar e descrever os utentes, planear tratamentos, prever *outcomes*, documentar os resultados dos tratamentos, determinar a efectividade dos tratamentos (definir critérios de alta) e determinar quando os utentes devem ser referenciados para outros profissionais. A Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy (1991) questiona em que medida serão as avaliações objectivas, correctas e fidedignas e se poderão ser seleccionadas intervenções apropriadas se as avaliações forem questionáveis.

De acordo com SQUIRE (2005) não existe uma abordagem total, coordenada e significativa para responder às necessidades de promoção de saúde das pessoas idosas em instituições residenciais e lares, sejam eles públicos ou privados, sendo assim necessário debater quais os instrumentos mais apropriados, para serem utilizados num contexto residencial.

Deste modo, tendo em conta que a avaliação nesta área é pouco standartizada ou mesmo inexistente, quer no âmbito da manutenção quer na promoção da saúde, por desconhecimento e/ou não utilização de instrumentos válidos e fidedignos, adequados à população idosa institucionalizada, considera-se que a sua identificação é fundamental. Assim, com base na pesquisa e análise da literatura e correlacionando com a opinião de *peritos* na área, procurar-se-á identificar um conjunto de instrumentos que permitam avaliar a efectividade da nossa prática assim como seleccionar a intervenção mais adequada, nesta área e contexto específicos. Considera-se ainda que este será um contributo válido e importante para que os cuidados prestados e o tipo de trabalho desenvolvido em idosos institucionalizados sejam mais efectivos e valorizados.

A promoção da saúde tem de estar relacionada com uma prática baseada na evidência, e a forma de garantir que o nosso trabalho é eficaz e eficiente só é possível através de uma avaliação válida e fidedigna (SQUIRE, 2005).

Com o envelhecimento, aumentam os problemas de saúde e as incapacidades funcionais, com um impacto significativo na necessidade de serviços de reabilitação, tanto nos cuidados em casa como nas Instituições para Idosos.

Segundo PIMENTEL (2001; cit. por HIGGS 2002)), os factores que determinam a institucionalização são: problemas de saúde, perda de autonomia, isolamento por falta de suporte familiar, falta de recursos económicos e habitacionais e incapacidades que levam à dependência.

O aumento de incapacidades, entre elas as motoras, é causa de institucionalização precoce de idosos (NETTO, 2000), sendo que um número expressivo dos residentes em Instituições apresenta deficiências significativas nas actividades da vida diária (AVDs) e actividades instrumentais da vida diária (AIVDs) (MEDINA-WALPOLE E KATZ, 2003), estando a perda de mobilidade funcional associada a 50% da mortalidade nestes idosos (CLARK, ET AL; CIT. POR BASTONE, ET AL, 2004). Problemas de mobilidade básicos (deambular em casa, transferência da cama para a cadeira) são pouco comuns nos idosos na comunidade mas são muito frequentes em idosos institucionalizados (STUDENSKY, 2003), sendo precisamente no grau de dependência e incapacidade que reside a maior diferença entre idosos na comunidade e os institucionalizados (GUCCIONE, 2002). Tanto que o termo “fragilidade” que descreve um subgrupo de pessoas idosas que apresenta múltiplas deficiências está, muitas vezes, associado ao idoso institucionalizado (GUCCIONE; 2002).

FRIELD ET AL (citado por BRACH 2002) referem-se a um declínio progressivo mas irreconhecível da função clínica, a qual precede e muitas vezes prediz a ocorrência do declínio da função física clinicamente detectável, como incapacidade pré-clínica.

Alguns estudos epidemiológicos também confirmam a existência de um estado de incapacidade pré-clínica, expresso como deficiências e limitações funcionais, que indicam um alto risco de evolução para a incapacidade, possibilitando assim, a identificação de idosos de alto risco para os quais a prevenção pode ser mais eficaz (GURALNIK E FERRUCI, 2003).

A incapacidade pré-clínica pode ser representada pelo aumento do tempo a executar uma actividade, modificação da actividade ou diminuição da frequência da execução da actividade (BRACH, 2002). Este declínio poderá ter de atingir uma certa magnitude até que interfira com o funcionamento diário e que o idoso o reconheça como um problema (BRACH, 2002).

Assim, o objectivo principal da reabilitação nos idosos é contribuir para a melhor qualidade de vida possível através da manutenção da função física (BASTONE, *et al*, 2004).

Para além dos aspectos físicos, deve ser tido em conta o estado cognitivo do idoso, uma vez que se tem verificado que os deficits cognitivos limitam o sucesso dos programas de reabilitação tradicionais, para além de a demência por si só conduzir à dependência (BRUMMEL-SMITH, 2000). É preciso ter presente que a partir dos 75 anos as alterações funcionais são muitas vezes acompanhadas de demência, deste modo, torna-se evidente a importância da avaliação do estado cognitivo quando se desenvolvem intervenções para tratar ou prevenir a incapacidade (GURALNIK E FERRUCI, 2003). O *Mini Mental State* (MMS) é um instrumento de

avaliação de desempenho utilizado para avaliar as deficiências cognitivas em várias dimensões: atenção e memória, raciocínio e dedução, cálculo e habilidades construtivas sendo muito referido na literatura (BRUMMEL-SMITH, 2000; GUCCIONE, 2002). Segundo GUCCIONE (2002), o MMS é um instrumento usado para identificar a incapacidade cognitiva e descrição das alterações no estado mental com o passar do tempo, cuja aplicação é simples e clara exigindo pouco treino de quem o vai aplicar. Para além disso apresenta uma excelente fiabilidade teste-reteste.

A depressão também é um factor crítico na reabilitação já que o utente deprimido apresenta muitas vezes falta de iniciativa, presta pouca atenção, letargia e falta de energia e tem pouca esperança/confiança na sua capacidade de recuperar a independência (BRUMMEL-SMITH, 2000). A apatia e a falta de motivação são também uma preocupação comum na reabilitação geriátrica (STUDENSKI, 2003). A motivação é provavelmente a área mais difícil de avaliar e ainda não foram desenvolvidos instrumentos que o façam.

A função está conceptualizada como sendo o produto das actividades físicas, psicológicas e sociais, tanto que a Organização Mundial de Saúde adverte que a saúde do idoso é melhor avaliada em termos de função, levando-se sempre em conta, as suas diferentes dimensões (NETTO, 2000).

As complexidades bio-psico-sociais que acompanham a maioria das tomadas de decisão e cuidados de saúde para os residentes em Instituições de terceira idade require uma abordagem em equipa, de profissionais de cuidados de saúde que comunicam e se relacionam entre si de uma maneira verdadeiramente interdisciplinar. Daí que se torne importante que os profissionais utilizem uma linguagem comum para que a troca de informações se realize de uma forma mais homogênea e simplificada.

Não há apenas uma melhor maneira para realizar uma avaliação assim como não há um instrumento apenas que seja o ideal (GURALNIK E FERRUCI, 2003). Também GUCCIONE (2002) afirma que dificilmente um único instrumento poderá conter todas as actividades que constituem um exame completo da função de qualquer utente. Deste modo, a falta de standartização que resulta da aplicação/utilização de múltiplos instrumentos concorrentes entre si torna difícil comparar níveis de incapacidade entre estudos (GURALNIK E FERRUCI, 2003). Daí que se considere importante haver maior homogeneidade na selecção dos instrumentos a aplicar, sendo para isso necessário conhecer quais são considerados “melhores” para determinada população.

A avaliação em Instituições de idosos tem vários objectivos, entre os quais: estabelecer uma documentação base na altura da admissão de modo a que as alterações possam ser monitorizadas ao longo do tempo, obter informações acerca da condição prévia à admissão, identificar problemas médicos, funcionais, sociais e psicológicos, obter informação que pode facilitar ou tornar mais seguro o que um individuo deseja ou quer fazer e definir/colocar os serviços necessários ou recomendados para um ambiente de cuidados óptimo e desenvolver um plano de cuidados individualizados que, na medida do possível, facilite um ambiente no

qual os idosos possam viver esta etapa da sua vida como se estivessem nas suas próprias casas (DONIUS, 2000).

Foram definidos três aspectos a considerar, a partir de outros estudos, sobre a selecção de instrumentos de medida adequados (VANSWEARINGEN E BRACH, 2001):

1. Adequação das medidas à população em estudo
2. Aspectos práticos de aplicação
3. Características métricas

Assim, quando um instrumento de medida é seleccionado devem ser consideradas várias questões: qual o objectivo da aplicação do instrumento de medida, quais as áreas da função física que devem ser medidas e se o tipo de função física medida pelo instrumento coincide com o tipo de função do utente (GERETY, 2000). Os instrumentos devem ser escolhidos para medir a área de função física que interessa, por exemplo, para avaliar o risco de quedas deve ser focada a força, equilíbrio e marcha (GERETY, 2000).

Segundo VANSWEARINGEN E BRACH (2001) os instrumentos de medida devem ser escolhidos com base no facto de terem sido desenhados e aplicados em sujeitos semelhantes aos que se vai aplicar.

A validade aparente diz respeito à aparência da escala, clareza de linguagem e sua acessibilidade à população em causa. Assim, ser **adequada à população** na qual vai ser aplicada e a validade aparente parecem ser as primeiras considerações ao se escolher uma medida.

Algumas medidas têm sido testadas em idosos saudáveis na comunidade e outras foram desenhadas especificamente para idosos fragilizados. Se as primeiras forem aplicadas em idosos fragilizados os resultados serão sempre “muito baixos” – efeito “*floor*” (chão), assim como se idosos saudáveis forem avaliados com medidas desenhadas para níveis de função mais baixos/inferiores os resultados serão os máximos – efeito “*ceiling*” (tecto) (GERETY, 2000).

Os **aspectos práticos** a ter em consideração para a escolha do instrumento de medida são: o tempo necessário para aplicar o instrumento, experiência necessária de quem vai aplicar o instrumento, se a aplicação implica experiência ou treino formal prévio, equipamento necessário, formato do instrumento (auto-avaliação/questionário ou baseado na performance), método de *scoring* e formato dos resultados (só um *score* final ou soma de *scores*).

As **características métricas** dizem respeito à fiabilidade (consistência interna e fidedignidade intra-observador e inter-observador), validade e sensibilidade.

As medidas que dividem as capacidades em três níveis: independente, semi-dependente e dependente são usualmente demasiado “grosseiras” para usar durante o processo de

reabilitação. Por exemplo, pequenas alterações na função podem ter implicações importantes para as necessidades dos cuidados prestados mas, não são variações identificáveis com este tipo de medidas. Os instrumentos que utilizam muitos níveis de performance são, contudo, mais difíceis de aplicar e introduzem o risco de falta de fidedignidade inter-observador. Também há problemas em usar uma medida global de função; alterações reais numa área como a função física podem ser obscurecidas por alterações noutras áreas (BRUMMEL-SMITH, 2000).

Podem ser usados instrumentos de auto-relato (questionário), de performance ou observação directa de um profissional. Ambos apresentam vantagens e desvantagens.

Na avaliação por **questionário** o utente lê (ou pode ser-lhe lido, se não souber ler ou tiver dificuldades visuais) e responde a um questionário, o qual pode ser feito pessoalmente, por telefone ou por correio.

As medidas baseadas na **performance** são testes nos quais o participante (ou utente) executa um movimento, comportamento ou actividade de acordo com um protocolo standartizado que é *scored* por um observador (BRACH, 2002; GERETY, 2000). Pode dar-nos informações úteis de como o utente realiza e quais as dificuldades na realização de uma actividade.

Em resumo, a aplicação de instrumentos de medida e as avaliações em fisioterapia são essenciais para a prestação de cuidados de alta qualidade. Os resultados do tratamento são monitorizados através do uso de reavaliações, ao longo do tempo. A decisão de parar ou continuar a reabilitação deve ser feita com base em dados objectivos em vez de opiniões subjectivas. A decisão de aplicar medidas de performance em vez de questionário (auto avaliação ou relato do cuidador) depende das características da população em estudo (LOEWENSTEIN E MOGOSKY, 1999).

METODOLOGIA

O objectivo geral do presente estudo é contribuir para a identificação de instrumentos de medida em fisioterapia, considerados mais adequados, para aplicar no contexto dos idosos institucionalizados. O estudo decorreu em duas fases.

Primeira Fase

O objectivo desta fase foi identificar os instrumentos de medida considerados mais adequados para utilizar na população idosa (através da análise do artigo de VANSWEARING E BRACH, 2001), proceder à sua contabilização (actualização) no período compreendido entre 2000 e 2005 e destes verificar quais os que se poderiam adequar melhor para os idosos institucionalizados.

Utilizou-se uma abordagem qualitativa através de uma análise documental, com uma componente predominantemente quantitativa – contabilização dos “abstracts” e verificação de quais foram mais utilizados/testados em idosos institucionalizados

A **amostra** consistiu num conjunto de instrumentos de medida seleccionados a partir da análise do artigo de VANSWEARINGEN E BRACH (2001), no qual foi feita uma revisão das escalas mais aplicadas em idosos (entre 1966 e 2000), e que obedeciam aos seguintes critérios:

- a) Terem sido desenvolvidos e testados em idosos na comunidade;
- b) Serem medidas que podem ser aplicadas em qualquer local de trabalho, com necessidade de equipamento mínima, custos ou requisitos especiais;
- c) Terem ser descritos em estudos *peer reviewed* ;
- d) Terem alguma forma de fiabilidade e validade.

As medidas foram organizadas em três categorias:

- 1) *Performance* das actividades da vida diária;
- 2) Mobilidade e equilíbrio;
- 3) *Fitness* para a actividade

Os instrumentos são os seguintes: *Berg Balance Scale, Timed Chair Rise, Functional Reach Test, Gait Speed, Functional Status Questionnaire, SF-36, Physical Performance Test, Physical Activity Scale for Elderly, Rosow Breslaw, Scale, Sickness Impact Profile, 6Min. Walk Test, Timed Up and Go e Balance.*

Foram excluídos dois instrumentos (*Modified Gait Abnormality Rating Scale e Modified Seated Step Test*) por que não foram encontrados estudos entre 2000 e 2005 que os mencionassem e entre 1966 e 2000 também foram referidos poucas vezes (2 e 0 vezes respectivamente). Também não foi realizada a pesquisa de POMA (*Performance-Oriented Mobility Assessment*) porque as autoras identificaram, pelo menos, quatro versões da mesma, e apenas pelo *abstract* seria difícil identificá-las ou diferenciá-las. As autoras escolheram apenas medidas de função física ao nível da incapacidade, segundo o esquema do ICIDH (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF IMPAIRMENTS, DISABILITIES AND HANDICAPS, 1980), e não ao nível da deficiência.

Foi realizada uma pesquisa na Medline, já que foi este o motor de busca usado pelas autoras do artigo original, utilizando o nome dos instrumentos já mencionados e colocando como limite a idade superior a 65 anos, para se proceder a uma análise documental, ou seja,

análise de registos escritos existentes na forma de artigo científico (através da contabilização dos *abstracts* dos estudos que mencionam os instrumentos de medida referidos anteriormente).

A partir daqui foram elaboradas duas grelhas de comparação de instrumentos de medida que também foram sujeitas a análise para ser verificado quais os instrumentos utilizados/testados em idosos institucionalizados e o número de vezes que eram referidos.

Foi utilizada uma análise documental, através da contabilização dos *abstracts* de estudos que mencionam os instrumentos de medida referidos no mesmo. A partir daqui foram então elaboradas duas grelhas de análise de conteúdo (I e II) que permitiram a comparação de instrumentos de medida (para serem apresentadas e analisadas pelos peritos durante as entrevistas realizadas) e a partir das quais se pôde verificar quais os que tinham sido utilizados/testados nos idosos institucionalizados e o número de vezes.

Segunda Fase

O **objectivo** foi conhecer a percepção dos *peritos* (quer na área dos idosos na comunidade quer na dos idosos institucionalizados) relativamente às características da população idosa e da sua prática clínica na área dos idosos, assim como conhecer a sua opinião acerca dos instrumentos identificados na primeira fase.

Utilizou-se uma abordagem qualitativa centrada na análise de conteúdo das entrevistas já que se pretende correlacionar a análise da literatura com a *peritoise*.

A **amostra** desta fase consistiu em seis (6) peritos que foram seleccionados de acordo com uma amostragem teórica, tendo como critério de inclusão seis ou mais anos de experiência na área da Geriatria.

Dois peritos eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com uma média de idades de 42,3 anos, os anos de experiência profissional variam entre seis e dezoito anos (os peritos na área dos idosos institucionalizados apresentam mais anos de prática), um possui grau académico de doutoramento, quatro grau académico de licenciatura e um grau de bacharelato, todos com a formação base realizada na Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

Os locais onde exercem a sua actividade são: Centro de Saúde (2); Hospital e Lar de Idosos (1); Centro de Apoio de um grupo profissional (2); Docente de uma Instituição de Ensino Superior.

É ainda de referir que apenas um dos peritos referiu ter abordado o tema do Envelhecimento durante a sua formação base (“uma ou duas tardes...”, E1).

Como **instrumento**, foram realizadas entrevistas semi estruturadas aos peritos sendo utilizado um guião assente em objectivos específicos, convertidos em dimensões, e objectivos sub específicos, convertidos em categorias e subcategorias, definidos à priori.

As questões foram semi estruturadas uma vez que o objectivo é correlacionar a opinião dos peritos com os dados recolhidos no artigo de VANSWEARINGEN E BRACH (2001).

Os peritos foram contactados telefonicamente e foi acordada a data de realização das entrevistas, as quais tiveram lugar nos respectivos locais de trabalho (segundo a conveniência dos próprios).

As entrevistas tiveram a duração média de quarenta minutos e foram registadas em áudio sem qualquer objecção por parte dos entrevistados. As dificuldades sentidas disseram respeito à falta de experiência na condução das entrevistas, ao facto de ter sido verificado que pelo menos uma das perguntas não estava muito explícita e a análise das grelhas de instrumentos, de um modo geral, não ter sido muito aprofundada. Uma possível explicação pode ser o tempo exigido para a análise das grelhas (implicava alguma disponibilidade) e de os entrevistados terem pouco tempo disponível e de alguns dos instrumentos não serem conhecidos por alguns dos peritos. No entanto, com o decorrer das entrevistas pensa-se que se conseguiu melhorar alguns aspectos como sejam aprofundar algumas questões.

Foi feita análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos peritos, utilizando-se para tal uma matriz efectuada para o efeito, a partir da qual foram elaboradas grelhas de análise de conteúdo para cada dimensão, com base no referencial teórico. Foi utilizada uma grelha de análise mista em que uma parte das categorias analíticas deriva de uma teoria enquanto outra parte emerge do material analisado.

O processo de análise decorreu da seguinte forma: (1) Transcrição integral das entrevistas e leitura da transcrição pelos respectivos entrevistados – Todas as entrevistas foram transcritas na sua globalidade e revistas pelos entrevistados, a quem foi solicitada a confirmação e veracidade da transcrição da mesma e simultaneamente a oportunidade de acrescentar dados que considerassem relevantes para o estudo em causa. (2) Leitura detalhada dos dados recolhidos e de todas as notas efectuadas. (3) Para a análise dos dados das entrevistas foi construída uma matriz de análise e grelhas de análise de conteúdo por dimensão. (4) O conteúdo das entrevistas foi dividido e classificado segundo as dimensões, categorias e subcategorias, obtendo-se conjuntos simplificados de informação bruta.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Primeira fase - Análise das Grelhas Comparativas de Instrumentos

Esta fase consistiu na análise de conteúdo das grelhas de comparação de instrumentos elaboradas. Desta resultou a selecção dos instrumentos de medida recomendados para utilizar nos idosos institucionalizados. Teve como critérios terem sido aplicados/testados em idosos institucionalizados e o número (maior) de vezes utilizados nos períodos de 1966/2000 e 2000/2005.

Foi dada mais relevância ao período de 2000/2005 por se considerar, que neste período, já haverá mais experiência e conhecimento relativamente aos instrumentos de medida.

Seguidamente são apresentadas duas tabelas para melhor visualização da distribuição dos instrumentos de medida em cada tipo e categoria (tabela 1) e o nº de vezes que cada instrumento de medida foi mencionado (tabela 2).

Tabela 1 – Categoria e Tipo de instrumentos de medida

Categorias	Tipo	Performance	Questionário
Mobilidade e Equilíbrio (MeE)		6	-
Performance Física das Actividades Diárias (PF)		1	4
Fitness (F)		1	1

Tabela 2 – Contabilização dos instrumentos de medida

Instrumentos Medida	Anos	1966	2000	Total
		a 2000	a 2005	
Berg Balance Scale (P)*	M e E***	13	79	92
Timed Chair Rise (P)	M e E	26	12	38
Functional Reach Test (P)	M e E	45	72	117
Balance (P)	M e E	20	1	21
Gait Speed (P)	M e E	65	279	344
Timed Up and Go (P)	M e E	25	79	104
6 Min. Walk Test (P)	F****	99	41	140
Physical Activity Scale Elderly (Q)**	F	13	49	62
Physical Performance Test (P)	PF*****	66	252	318
Rosow Breslaw Scale (Q)	PF	14	6	20
Sickness Impact Profile (Q)	PF	330	114	444
Functional Status Questionnaire (Q)	PF	22	795	817
SF-36 (Q)	PF	454	456	810

* Performance; ** Questionário; *** Mobilidade e Equilíbrio; **** Fitness; ***** Performance Física

Foram seleccionados instrumentos para cada uma das categorias definidas pelas autoras do artigo. Assim temos:

Mobilidade e Equilíbrio: **BBS**.

Performance das AVDs: **PPT**. Também se considera que poderia ser seleccionado o **FSQ** uma vez que possui zonas de aviso (ou seja, amplitudes dos scores indicativas de incapacidade funcional) e os scores nas zonas de aviso das sub-escalas de actividades sociais e AIVDs são preditivos de mortalidade.

Fitness: 6 MWT. O PASE é excluído porque avalia as actividades físicas (domésticas, lazer, ocupacionais, etc) da semana anterior e, considera-se assim, que não se enquadra nas características e necessidades do idoso institucionalizado. Outro aspecto a ter em atenção é o facto do score ser complexo.

Segunda fase - Análise de Conteúdo das Entrevistas

Nesta fase procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos seis peritos, que constituíram a amostra teórica A síntese dos resultados desta fase também será apresentada por dimensão, de modo a facilitar o enquadramento.

DIMENSÃO 1 – Problemas mais comuns da população idosa

Na Dimensão 1 foram utilizadas três categorias:

1A – Sociais/Psicológicos

1B – Cognitivos

1C – Clínicos/Físicos

Todos os problemas **sociais/psicológicos, cognitivos e clínicos/físicos**, referidos pelos peritos estão descritos na literatura, verificando-se assim concordância entre a experiência prática e o que está descrito na literatura, assim como a recomendação da aplicação da MMS por parte de alguns autores (Guccione, 2002; Brummel-Smith, 2000), quando há suspeita de alterações cognitivas (em várias dimensões: atenção e memória, raciocínio e dedução, calculo e habilidades construtivas).

DIMENSÃO 2 – Diferenças entre idosos na comunidade e nas Instituições/Lares

Encontraram-se as seguintes:

Na motivação (os idosos institucionalizados apresentam-se mais desmotivados),

No grau de deterioração da funcionalidade e nos níveis de incapacidade (todos estes aspectos estão mais agravados no idoso institucionalizado),

No estado de qualquer patologia, que estará mais avançado no idoso institucionalizado.

DIMENSÃO 3 – Elaboração de um protocolo de avaliação

Na Dimensão 3 foram utilizadas três categorias:

3A – Considera importante

3B – Não considera importante

3C – Justificações

Encontraram-se os seguintes resultados:

Dois peritos falaram em encaminhamento;

Um considerou importante haver trabalho nesse sentido mas com necessidade de haver alguma flexibilidade devido à variabilidade de situações que se encontram na população idosa;

Outro foi a favor mas no sentido de objectivar as diferenças entre cada tipo de idoso de modo a adequar o tipo de intervenção necessário;

Dois discordaram: um porque considera que o sistema que usa é o suficiente e indicado para o tipo de população com que trabalha e outro fala na recomendação de um conjunto de medidas adequadas para cada tipo de idoso (institucionalizado e na comunidade).

DIMENSÃO 4 – Hábito de Avaliação dos utentes

Na Dimensão 4 foram utilizadas três categorias:

4A – Avalia

4B – Não Avalia

4C – Justificações (se não avalia)

Nesta dimensão verificou-se que todos os peritos estão de acordo com a orientação do “*Guide for Physical Therapist Practice*” (1997) e com os Padrões de Prática de Fisioterapia 2005 já que todos referem proceder à **avaliação** dos seus utentes.

DIMENSÃO 5 – Formas e modelo de prática

Na Dimensão 5 foram utilizadas três categorias:

5A – Se é baseado na observação

5B – Se utiliza instrumentos

5C – Quando avalia

5D – Se regista

Nesta dimensão encontraram-se os seguintes resultados:

Observação, avaliação das AVDs;

Instrumentos de medida utilizados diferem bastante confirmando a falta de standartização (dificulta a comparação de resultados);

Momento de avaliação: dois peritos duas semanas após o idoso ser admitido na Instituição e depois anualmente e um avalia enquanto orientador de monografias;

Registo só ficou determinado para três peritos.

DIMENSÃO 6 – Utilização de instrumentos de medida

Na Dimensão 6 foram utilizadas três categorias:

6A – Tipo de instrumentos utilizados

6A-I – Quais

6A-II – Se estão validados

6B – Razões de escolha

6B-III – Considera práticos - fáceis de utilizar

Nesta dimensão encontraram-se os seguintes resultados:

Instrumentos enumerados pelos peritos, os que constam nas grelhas de instrumentos são: TUG, FRT, FSQ, BBS, 6 MWT e SF-36.

Validados (excepto 2 entrevistados que utilizam um sistema de avaliação baseado em partes de outros instrumentos validados => problemas metodológicos de fidedignidade e validade; GUCCIONE, 2002).

Razões da escolha prendem-se com o aspecto prático (muito fáceis de avaliar) e com a recomendação feita por entidades fidedignas.

DIMENSÃO 7 – Instrumentos de Medida Recomendados pelo Artigo

Na Dimensão 7 foram utilizadas três categorias:

7A – Se já conhecia

7A – I – designação dos instrumentos

7A – II – Se considera que são válidos – se já tinha utilizado

7A – III – Se apresenta outros instrumentos como alternativa

7B – SE ainda não conhecia

Nesta dimensão encontraram-se os seguintes resultados:

Conhecidos: 6 MWT e o SF-36 (5 peritos), BBS, Gait Speed, FRT, TUG e Balance (4 peritos), o Timed Chair Rise e o FSQ (3 peritos) e os menos conhecidos foram o PPT (2), o SIP (1) e o PASE (1) e o Rosow Breslaw Scale não foi reconhecido por ninguém.

Válidos, mais consenso foram: TUG (com 4 peritos) e 6 MWT, SF-36, BBS, FRT, Balance (todos com 3 peritos).

Alternativas: um E menciona a escala de mobilidade para idosos (EMS) e outro instrumentos para a dispneia.

Instrumentos não conhecidos considerados válidos: BBS e o PPT.

DIMENSÃO 8 – Opção de Instrumentos de Medida de Performance ou tipo Questionário

Na Dimensão 8 foram utilizadas três categorias:

8A – Performance

8B – Questionário

8C – Ambos

Instrumentos de medida de performance por quatro peritos, ninguém escolheu instrumentos de questionário e um E aconselha a utilização de ambos, sempre que possível, de modo a permitir a triangulação de resultados.

A opção por um tipo ou outro de instrumento vai depender do que se pretende avaliar e do utente em causa (LOWENSTEIN E MOGOSKY, 1999). O mais importante não é tanto o método utilizado, mas sim se os resultados obtidos são fidedignos, válidos e clinicamente úteis (GUCCIONE, 2002).

DIMENSÃO 9 – Temas adicionais que surgiram no decurso da Entrevista

Necessidade de um instrumento que pudesse indicar o padrão de vida que o utente tinha anteriormente e dificuldade de avaliar determinadas condições através da aplicação de instrumentos de medida;

Utente ser informado dos *scores* que obtém, como forma de motivação e incentivo para estabelecer metas para o futuro, podendo ter assim um papel mais activo no seu processo de recuperação;

Necessidade da existência de instrumentos que avaliem a função do membro superior ajustados à realidade portuguesa, podendo constituir um desafio para o desenvolvimento de novos estudos;

Proposta da adaptação da BBS para os idosos institucionalizados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo, foi elaborado em duas fases, em ambas foi utilizada a metodologia qualitativa, tendo como objectivo contribuir para a recolha de instrumentos de medida em

fisioterapia considerados mais adequados para aplicar no contexto dos idosos institucionalizados.

Na **primeira fase** a partir da análise das grelhas de comparação de instrumentos de medida foram apurados os instrumentos de medida que foram aplicados/testados em idosos institucionalizados e que foram: a Berg Balance Scale (mobilidade e equilíbrio), a PPT (performance das AVDs), o FSQ (performance das AVDs) foi seleccionado uma vez que é de fácil aplicação, possui zonas de aviso (algumas destas preditivas de mortalidade), foi aplicado em estudos (RCT) com idosos fragilizados e faz parte das medidas de resultado da prática (*outcomes research*) e o 6 MWT (fitness).

Na **segunda fase** pretendeu-se conhecer a percepção de *peritos* relativamente às características da população idosa e da sua prática clínica na área dos idosos, assim como averiguar qual a sua opinião acerca dos instrumentos que constam nas grelhas de comparação de instrumentos de medida. Este objectivo foi atingido através da realização de entrevistas a 6 *peritos* na área dos idosos, as quais foram sujeitas a análise de conteúdo, tendo sido estabelecido para tal dimensões, categorias e subcategorias da análise.

Na **dimensão 1**, problemas mais comuns da população idosa, verificou-se que a opinião dos *peritos* estava em consonância com o que é referido na literatura. Assim, foram referidos problemas de percepção, solidão, falta de apoio por parte da família e não só (sociais/psicológicos), alterações cognitivas (cognitivos), diversidade de patologias, muitas das quais crónicas degenerativas e alterações da funcionalidade e do equilíbrio (clínicos/físicos). É de destacar, relativamente aos aspectos cognitivos a aplicação da MMS, por se tratar de um instrumento de fácil aplicação e muito referido e utilizado em estudos com idosos.

Relativamente às diferenças entre idosos na comunidade e idosos institucionalizados (**dimensão 2**), sobressaíram a falta de motivação nos idosos institucionalizados, maiores alterações na funcionalidade, maior grau de incapacidade e, de um modo geral, o estadio mais avançado seja de que patologia for. Todos estes aspectos são bastante referidos na literatura faltando acrescentar o nível elevado da co-ocorrência de múltiplas condições crónicas, designadas por comorbidade (GURALNIK E FERRUCI, 2003).

Na **dimensão 3** pode dizer-se que houve alguma controvérsia uma vez que se considera que esta questão não foi elaborada da melhor forma, dando azo a interpretações muito diferentes. Deveria ter ficado definido o que se entendia por protocolo de avaliação e qual o objectivo. Deste modo, para cada *perito* o conceito teve um significado distinto, assim como a justificação apresentada. No entanto, esta dimensão acabou por se revelar útil porque permitiu à autora reflectir e definir melhor o que pretendia com a realização deste estudo e, mais especificamente, o que entendia por protocolo. Considera-se que a ponderação de E3 é a que coincide com o objectivo deste estudo, ao abordar a importância da selecção de instrumentos de medida que melhor se adequem ao idoso institucionalizado (quer pelo que avaliam, quer pelos aspectos práticos, quer pelas propriedades psicométricas).

No que diz respeito aos hábitos de avaliação (**dimensão 4**) verificou-se que todos os peritos estão de acordo com a orientação do “*Guide for Physical Therapist Practice*” (1997) e com os Padrões de Prática de Fisioterapia 2005 já que todos referem proceder à avaliação dos seus utentes, embora as formas e modelo de prática (**dimensão 5**) difiram bastante entre eles. Verifica-se que para alguns aspectos não são utilizados instrumentos de medida (a avaliação das AVDs é feita por observação) e os instrumentos de medida diferem entre si (falta de standartização, a qual vai dificultar a comparação de resultados, tal como é descrito por GURALNIK E FERRUCCI, 2003). Também é de referir dois peritos mencionarem que avaliam duas semanas após a admissão na Instituição e depois anualmente com a justificação do impacto da institucionalização. No entanto este seria melhor medido se fosse realizada uma avaliação no acto de admissão e quando se verificassem alterações (BRUMMEL-SMITH, 2000). A avaliação anual pode ser importante para definir o estado de saúde da generalidade da população, mas parece ser insuficiente para avaliar as alterações mesmo numa população muito idosa e fragilizada, já que se sabe que a função não é um fenómeno estático no idoso (estudos indicam que as transições no estado funcional são mais a norma que a excepção) (GUCCIONE, 2002).

Na **dimensão 6**, a qual diz respeito aos instrumentos de medida utilizados pelos peritos, foram enumerados alguns instrumentos ao nível da deficiência e outros ao nível da incapacidade. Destes últimos foram nomeados alguns que estão incluídos nas grelhas de comparação de instrumentos (da primeira fase) como sejam: TUG, o FRT, FSQ, BBS, 6 MWT e SF-36.

Todos os instrumentos mencionados estão validados para a população portuguesa.

Da análise realizada pelos peritos às grelhas de comparação de instrumentos, a qual corresponde à **dimensão 7**, pode verificar-se que os instrumentos mais reconhecidos foram o 6 MWT e o SF-36, seguidos de BBS, Gait Speed, FRT, TUG e Balance. Os considerados válidos e que reuniram mais consenso foram: TUG, 6 MWT, SF 36, BBS, FRT e Balance.

Foram abordados aspectos importantes como os instrumentos poderem servir de reforço para o utente; de serem especialmente indicados para idosos com idade superior a 75 anos (o qual vai ao encontro das idades encontradas nos idosos institucionalizados) e da capacidade preditiva de alguns destes (o que sabe ser extraordinariamente importante, como diversos autores corroboram; GUCCIONE, 2002, GURALNIK E FERRUCCI, 2003 e GERETY, 2000).

Também foi chamada a atenção para o facto de poder haver alguma dificuldade em aplicar o PPT na população portuguesa, já que uma das actividades (para avaliar a destreza manual) exige a literacia e sabe-se que na população idosa, especialmente no meio rural, ainda não é um dado adquirido.

Na opinião de um dos *peritos* o TUG e o BBS excluem um conjunto de outros instrumentos (Gait Speed, 6 MW, Timed Chair Rise, FRT e Balance). Este também levantou a hipótese de uma adaptação do BBS para os idosos institucionalizados e exclui medidas que meçam a saúde em geral nestes idosos. Este último aspecto contraria o que é declarado pela OMS ao definir a saúde como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não como

meramente a ausência de doença ou enfermidade (GUCCIONE, 2002). Deste modo, faz todo o sentido utilizar instrumentos que avaliem o estado geral de saúde permitindo a abordagem multidimensional que o mesmo perito afirmou ser imperativa.

DOMHLODT (2005) faz referência a pesquisa de resultado (*outcomes research*), ou resultado baseado na prática, isto geralmente significa que os investigadores e praticantes complementem as medidas de patologia e alterações corporais com medidas ao nível da actividade, participação ou incapacidade, estando o SF-36 e FSQ incluídos neste tipo de medidas. Ficando assim reforçada a utilidade e pertinência da utilização de instrumentos de medida que meçam o estado geral de saúde, fazendo o SF-36 e FSQ, inclusivamente, parte das medidas que constam nas grelhas de comparação de medidas.

Outro perito fez alusão a medidas que meçam a dispneia. Este tipo de medidas não faz parte deste estudo porque só estão a ser analisadas medidas ao nível da incapacidade, não significando que as primeiras não sejam úteis e necessárias. Tal como é referido por GUCCIONE (2002), o fisioterapeuta deve rever as limitações funcionais sob a luz de outros achados clínicos que identificam as deficiências do utente e outros factores psicológicos, sociais e ambientais.

A EMS é mencionada como um instrumento que também deveria fazer parte do conjunto de instrumentos seleccionados por VANSWEARINGEN E BRACH (2001). Da pouca informação a que se teve acesso pensa-se que as possíveis justificações podem ser o facto de este ser um instrumento relativamente recente (1994) e das suas propriedades psicométricas ainda não estarem totalmente definidas sendo, no entanto, de referir a sua recomendação pelo Kings Fund (STEVENSON, 1999).

Do grupo dos instrumentos não conhecidos os mais nomeados foram a BBS e o PPT.

A maioria dos peritos preferiu os instrumentos de performance (**dimensão 8**) fazendo referência aos aspectos práticos (serem curtos, breves e rápidos e em forma de função), à presença de alterações cognitivas (especialmente nos idosos institucionalizados) e às diferenças entre o que o idoso faz e o que diz que consegue fazer. Todos estes aspectos são focados na literatura consultada (GERETY, 2000; GUCCIONE, 2002; LOEWENSTEIN E MOGOSKY, 1999), no entanto os instrumentos de questionário também apresentam alguns aspectos positivos e talvez a melhor opção seja a de usar ambos, sempre que possível, tal como um dos peritos referiu. De um modo geral, da bibliografia consultada, fica a noção que a opção por um tipo ou outro de instrumento vai depender do que se pretende avaliar e do utente em causa e o mais importante não é tanto o método utilizado, mas sim se os resultados obtidos são fidedignos, válidos e clinicamente úteis (GUCCIONE, 2002).

Na última **dimensão (9)** foram focados aspectos abordados por alguns peritos e que não foram equacionados na elaboração da grelha de análise da entrevista.

Estes aspectos dizem respeito ao facto de, em algumas situações, ser difícil encontrar um instrumento adequado e suficientemente sensível e da necessidade de haver um instrumento que indicasse o padrão de vida anterior do utente.

Com a observação mais detalhada dos cuidados de saúde por parte de outras entidades (seguradoras, subsistemas de saúde), as medições terão um papel fundamental na determinação de quem é pago para fazer o quê, a quem e por quanto tempo (TASK FORCE ON STANDARDS FOR MEASUREMENT IN PHYSICAL THERAPY, 1991). Deste modo, os fisioterapeutas terão cada vez mais de fundamentar a sua prática na evidência, e a forma de garantir que o seu trabalho é eficiente só é possível através de uma avaliação válida e fidedigna para que sejam reconhecidos como profissionais de saúde creíveis. Terá assim que haver maior investimento na pesquisa de instrumentos com maior utilidade clínica para cada situação específica e, se necessário, desenvolver/adaptar instrumentos que se adequem mais às necessidades do utente.

Foi abordada a importância e benefícios de informar o utente dos *scores* obtidos como forma de motivação (quando for caso disso) e de maior envolvimento do utente no seu processo de reabilitação. Este aspecto corresponde ao ponto 10.5 dos Padrões de Prática de Fisioterapia e provavelmente deveria estar mais presente na prática clínica.

É lançado o desafio da necessidade de um instrumento de medida que avalie a função do membro superior, adaptado à realidade e necessidades da população portuguesa idosa, já que o PPT, que tem um item para este fim, pode não se adequar devido aos índices de analfabetismo que esta apresenta.

Por último, é referido que poderia haver uma adaptação da BBS para os idosos institucionalizados, no entanto esta tem sido utilizada em estudos realizados neste tipo de população e uma das suas características é prever a ocorrência de múltiplas quedas em idosos institucionalizados (VANSWEARING E BRACH, 2001).

Considera-se, deste modo, que houve conformidade, em muitos aspectos, entre o que foi apresentado pela literatura (evidência) e a opinião dos peritos.

Pode concluir-se, fazendo a correlação das duas fases, que os instrumentos que parecem reunir as melhores condições (adequação à população em estudo, aspectos práticos de aplicação e características métricas) são o **Berg Balance Scale**, o **Physical Performance Test**, o **Functional Status Questionnaire** e o **6 Minute Walk Test**.

O BBS está adaptado para a população portuguesa, sendo já utilizado por alguns profissionais, como se pôde constatar ao longo das entrevistas.

O PPT embora não necessite de validação, por se tratar de um conjunto de testes físicos, requer tradução para português (a descrição das actividades consta no artigo de VANSWEARING E BRACH, 2001, assim como em muitos outros artigos, o sistema de cotação é que não está descrito em pormenor).

O FSQ foi o instrumento mais utilizado na literatura não foi dos mais recomendados, talvez devido ao facto de não ser conhecido por três peritos e também por ser de questionário e a maioria ter optado por instrumentos de performance. No entanto há fortes razões para ser escolhido: possui zonas de aviso e nas sub escalas de actividades sociais e AIVDs é preditivo

de mortalidade; nas situações em que o PPT não possa ser aplicado (ambos são ao nível da performance física) e a tendência actual, tanto na investigação como na prática clínica, na aplicação de instrumentos que avaliem o estado geral de saúde e a sua utilização em estudos realizados em idosos fragilizados.

O 6 MWT já está bastante divulgado entre nós. Uma das críticas de que tem sido alvo é a falta de standartização na sua aplicação (MUNGALL E HAINSWORTH, cit. por VANSWEARING E BRACH, 2001) e é recomendada a sua aplicação três vezes, em que o registo da terceira repetição representa mais fielmente o nível de fitness do utente.

O TUG também se revelou um instrumento com muita utilidade clínica uma vez que é preditivo de quedas e de incidentes causadores de incapacidade funcional (GERETY, 2000), sendo o mais recomendado pelos *peritos*. São nomeados outros instrumentos preditivos (devido à importância desta característica): o BBS, FRT e o PPT são preditivos de quedas. O FRT e o PPT são preditivos de incidentes causadores de incapacidade funcional (Gerety, 2000).

Como **limitações** a este estudo pode referir-se o facto recolha dos dados na Medline ter sido feita só por duas pessoas (a autora e outra colega que fez um estudo semelhante mas em idosos inseridos na comunidade) poder ter conduzido a alguns erros.

O motor de busca ser apenas um (Medline) pode ter limitado os resultados relativamente ao número de estudos a utilizar determinado instrumento, mas isto deveu-se ao facto de se ter tentado seguir os mesmos procedimentos das autoras do artigo.

A falta de experiência da autora na elaboração e condução da entrevista pode de algum modo ter influenciado os resultados. No entanto, o facto de a entrevista ser semi-estruturada, curta e ser aplicada apenas a 6 peritos poderá facilitar a sua análise e por se tratar da área de intervenção da autora.

O desconhecimento por parte de alguns entrevistados de alguns instrumentos de avaliação pode ter dificultado a análise crítica das grelhas comparativas de instrumentos, tal como a disponibilidade que era exigida para uma análise mais profunda.

De qualquer forma, pode dizer-se que o **objectivo** deste estudo foi atingido, podendo este conjunto de instrumentos ajudar a standartizar mais a prática clínica para que possa haver comparação de resultados, assim como as medições poderem ser mais fidedignas possibilitando, desta forma, a prestação de melhores cuidados a esta população, que parece não ter sido muito valorizada no passado, uma vez que apenas um dos peritos referiu ter abordado esta temática durante a sua formação base.

Também se pode considerar que este estudo poderá contribuir para a divulgação destes instrumentos entre os fisioterapeutas.

Como poderá haver alguns problemas na aplicação do PPT, nalguns segmentos da população idosa portuguesa, sugere-se para a **realização de futuros estudos** o desenvolvimento/adaptação de um instrumento que avalie a função do membro superior adaptado à realidade

e necessidades desta população (tal como foi aliás citado por um dos entrevistados). A aplicação dos instrumentos recomendados (BBS, PPT, FSQ e 6 MWT) numa amostra representativa de idosos, de modo a se poder verificar/comprovar a sua utilidade clínica para os idosos e adequabilidade em idosos institucionalizados de Instituições com características diferentes, poderá também constituir uma sugestão para o desenvolvimento de outros estudos.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION - Guide to Physical Therapist Practice - Physical Therapy, vol.77 n°11, pg1175-1226.1997.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FISIOTERAPEUTAS - Fisioterapia, Padrões de Prática. Não publicado. 2005.

BASTONE A. E JACOB FILHO W. - Effect of an exercise program on functional performance of institutionalised elderly- Journal of Rehabilitation Research &Development, vol.41 n°5, pg 659-668. 2004.

BRACH J. ET AL- Identifying early decline of physical function in community-dwelling older women: performed-based and self-report measures - Physical Therapy, vol.82 n°4, pg 320-328. 2002.

BRUMMEL-SMITH K. - Assessment in Rehabilitation, in Osterweil, Brummel-Smith, Beck - Comprehensive Geriatric Assessment, Mc Graw-Hill.2000.ISBN- 0-07-134725-9.

DOMHOLDT, ELISABETH - Rehabilitation Research Principles and Applications, 3ª edição, Elsevier Saunders.2005.ISBN-0-721-0029-8.

DONIUS M. - Comprehensive Assessment in an Institucional Setting in Osterweil, Brummel-Smith, Beck - Comprehensive Geriatric Assessment, Mc Graw-Hill.2000.ISBN- 0-07-134725-9.

GERETY M. - Health Status and Physical Capacity, in Osterweil, Brummel-Smith, Beck - Comprehensive Geriatric Assessment, Mc Graw-Hill.2000.ISBN- 0-07-134725-9.

GUCCIONE A.- Fisioterapia Geriátrica, 2ª edição, Guanabara Koogan. 2002.

GURALNIK J. E FERRUCCI L. - Demography and Epidemiology, in Hazzard, Blass, Halter, Ouslander, Tinetti - Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Mc Graw-Hill, 5ªedição.2003. ISBN- 0-07-140276-0.

HIGGS I.- Caracterização dos aspectos demográficos, situação clínica e funcional de uma população idosa institucionalizada, Alcoitão 2002. Monografia em Fisioterapia.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Ano Internacional das Pessoas Idosas , População e Família .www.ine.pt (Infoline)1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – As Gerações Mais Idosas – Informação à comunicação Social. www.ine.pt (Infoline)2000.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Estatísticas Demográficas Mortalidade – Informação à comunicação Social. www.ine.pt (Infoline) 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS II, Nuts III e Municípios, 2004 – Informação à comunicação Social. www.ine.pt (Infoline) 2005.

LOEWENSTEIN D. E MOGOSKY B. – The Functional Assessment of the Older Adult Patient, in Peter A. Lichtenberg– Handbook of assessment in clinical gerontology, Jonh Wiley & Sons, Inc. 1999.ISBN- 0-471-28300-2.

MEDINA-WALPOLE A. E KATZ P. – Nursing Home Care, in Hazzard, Blass, Halter, Ouslander, Tinetti – Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Mc Graw-Hill, 5ªedição.2003. ISBN- 0-07-140276-0.

NETTO M.P. – Gerontologia- a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, Rio Janeiro: Atheneu. 2000.

SQUIRE A.– Saúde e bem-estar para pessoas idosas, Fundamentos básicos para a prática, 2ª edição, Lusociência. 2005.

STEVENSON – citado nos Apontamentos das Aulas Populações Especificas, Gomes da Silva. Não publicado. 2005.

STUDENSKY S. – Mobility, in Hazzard, Blass, Halter, Ouslander, Tinetti – Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Mc Graw-Hill, 5ªedição.2003. ISBN- 0-07-140276-0.

TASK FORCE ON STANDARDS FOR MEASUREMENT IN PHYSICAL THERAPY – Standards for Tests and Measurements in Physical Therapy Practice, Physical Therapy vol.71 n° 8, pg 589-622. 1991.

VANSWEARINGEN J.M. E BRACH J.S.– Making Geriatric Assessment Work: selecting useful measures – Physical Therapy vol. 81 n° 6, pg 1233-1252. 2001.

Intervenção em utentes com Dor Lombar Crónica: Estudo de Caso Múltiplo com Utenes com Dor Lombar Crónica

Rita Fernandes *; Sílvia Ferreira **; Sónia Almeida ***; Eduardo Cruz ****

* rfernandes@ess.ips.pt; ** silvia_1_ferreira@portugalmail.pt; *** s_almeida_ess@iol.pt; **** ecruz@ess.ips.pt

Introdução

Dor crónica lombar (DCL) e incapacidade, aqui entendida como a restrição da actividade, são dois conceitos intimamente relacionados. Actualmente pensa-se que estes apenas podem ser compreendidos numa perspectiva biopsicossocial, segundo a qual a dor é considerada como um fenómeno multifactorial, resultado da interacção de factores, fisiológicos, psicológicos, e sociais (WADDELL, 2004). Esta apresenta-se como uma alternativa válida ao modelo biomédico, sugerindo uma visão menos centralizada na dor em si, englobando diversos factores chave, nomeadamente os psicológicos e sociais, entre os quais se destaca o conceito de crenças e atitudes relacionadas com a DLC, que poderão ser determinantes na compreensão dos níveis de dor e incapacidade (ROBERTS, 2002; citado por WADDELL, 2004).

* **Equiparada a Assistente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**

** **Clinica de Reabilitação de Valença**

*** **Clinica Nossa Senhora da Conceição**

**** **Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto**

As crenças e atitudes são definidas como “pensamentos estáveis relacionados com a dor do utente, que se desenvolvem de forma a ajudar o ser humano a obter uma compreensão estável dos eventos que se relacionam com a sua dor no momento ou que podem vir a ser experienciados” (THORN e WILLIAMS, 1992; citados por STROUD *et al.* 2000).

Na última década, e relativamente à DCL, os resultados da investigação realizada acerca da influência dos factores psicossociais no desenvolvimento e manutenção da dor crónica e incapacidade funcional, permitem-nos afirmar que o medo da dor pode ser mais incapacitante do que a própria dor (WADDELL 1996; 1998; CROMBEZ *et al.* 1999; MAIN e BOOKER 2000; MAIN e BURTON 2000; STRONG *et al.* 2002).

Alguns autores têm por isso enfatizado a redução do medo do movimento, a par do aumento da condição física, como formas primordiais para reduzir o nível de restrição funcional dos utentes com DCL (VLAEYEN *et al.* 2001; 2002; LINTON *et al.* 2002; BOERSMA *et al.* 2004). De uma forma geral, a abordagem utilizada salienta a componente cognitivo- comportamental direccionada para vários aspectos, nomeadamente, a educação do utente acerca da perspectiva multidimensional da dor, a identificação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos que favorecem

e agravam a mesma, a identificação e modificação de crenças mal adaptadas, o uso de estratégias de *coping* mal adaptadas e a introdução da actividade física como forma de modificar as crenças e reduzir a incapacidade auto-reportada (VAN TULDER *et al.* 2000; WALSH e RADCLIFFE; 2002).

Apesar dos resultados promissores observados relativos ao aumento da capacidade funcional e redução do absentismo, pouca atenção tem sido dada às crenças existentes e à sua origem, ou às razões pelas quais as crenças dos utentes se modificam, durante a sua participação em programas definidos segundo esta abordagem. Este aspecto gerou um conjunto de questões, tais como: Quais são as crenças e atitudes dos utentes face à dor crónica, qual a sua origem e como se formaram? Qual o seu impacto ao nível da funcionalidade e da condição física do utente? Quais são as estratégias utilizadas pelos utentes para lidar com a dor crónica? Estas foram as questões de partida para a realização deste estudo.

Nesse sentido desenvolveu-se um estudo de caso múltiplo, de natureza descritiva e exploratória, cujo principal objectivo foi o de explorar as crenças e atitudes dos utentes face à dor crónica e procurar compreender de que forma os utentes modificavam as suas crenças, atitudes e função enquanto participavam num programa de intervenção em Fisioterapia. Este artigo ilustra as preposições teóricas utilizadas à partida e os resultados encontrados, que nos ajudaram a construir um significado para a forma como as crenças se desenvolvem e modificam em utentes com dor crónica lombar.

Dor Lombar Crónica

A dor é o principal sintoma apresentado pela maioria dos utentes com queixas ao nível da coluna lombar, assumindo diferentes classificações consoante as suas características (WADELL, 2004). Tradicionalmente classifica-se dor lombar como aguda ou crónica. A dor aguda (DLA) é definida como intolerância à actividade devido a sintomas lombares ou lombares e dos membros inferiores (KENDALL, 1997) com uma duração menor que 6 semanas (WADDELL, 2004; ANDERSSON, 1999). Alguns autores consideram ainda a existência de uma fase sub-aguda, entre a fase aguda e crónica, nomeadamente quando a dor perdura desde as 6 semanas até às 12 semanas (SPITZER *et al.* citados por WADDELL, 2004). Os episódios recorrentes são considerados como casos de dor aguda. A dor crónica é definida como intolerância à actividade devido a sintomas lombares ou lombares e dos membros inferiores com uma duração de pelo menos 3 meses (KENDALL, 1997).

De uma forma geral, a DLA tem um prognóstico favorável, estimando-se que 80 a 90% dos indivíduos recuperam num período até 12 semanas¹ (VAN TULDER *et al.* 1997). Se a dor perdurar para além das 12 semanas a recuperação é lenta e incerta. Quando a dor e incapacidade perduram mais de 6 meses, menos de metade dos indivíduos retornam à actividade profissional, e após 2 anos de ausência, a taxa de inserção no trabalho é praticamente zero (WADELL 1998).

¹ Destes, 60-70% recuperam em 6 semanas. A percentagem sobe para 80-90% quando se estabelece um período até 12 semanas (Frank 1996, citado por Waddell 1998).

Apesar do percurso benigno, após o primeiro episódio de DLA, as recorrências são muito frequentes. Vanden Hoogen, Koes *et al.* (1998) citados por Andersson (1999) referem que 75% dos utentes que tiveram um episódio de dor aguda, têm pelo menos uma recorrência, e que 10-20% dos utentes com DLA, desenvolvem dor crónica. Estes utentes crónicos tornam-se reféns de um ciclo vicioso de dor, incapacidade e tratamentos ineficazes, provocando um impacto enorme na sua vida, família e no seu trabalho.

Dada a crescente dimensão que o problema tem assumido, vários grupos de investigação têm procurado identificar factores predisponentes para o desenvolvimento e manutenção da cronicidade. Na literatura, estes factores surgem agrupados em duas categorias distintas. Os factores biológicos, relativos os dados demográficos e clínicos, e os factores psicossociais relativos à resposta do individuo à dor e ao impacto da dor na vida do individuo (WADELL, 1998; 2004).

Actualmente, há evidência suficiente para afirmar que a dor DLC está associada a sofrimento considerável e incapacidade, resultantes não directamente da dor, mas sim da existência de alterações cognitivo-comportamentais e ambientais inerentes à dor, que são traduzidas em cada indivíduo, como crenças e atitudes (STRONG *et al.* 2002). Os possíveis mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção deste tipo de crenças, são as interpretações erradas acerca da dor, a hipervigilância, a diminuição da condição física, e a reactividade muscular. Estes diferentes mecanismos estão reunidos num “modelo de medo-evitamento” inicialmente avançado por Lethem *et al.* (1983) e mais recentemente reformulado por Vlaeyen *et al.* (1995) (BOERSMA *et al.* 2004).

Modelo de Medo- Evitamento do Movimento

O Modelo de Medo-evitamento do Movimento foi desenvolvido com o intuito de formular uma hipótese explicativa acerca das razões que levam determinados indivíduos com dor lombar a desenvolverem cronicidade. Este proporciona uma ferramenta cognitivo-comportamental para utentes com elevados níveis de medo relacionado com a dor, enfatizando o papel das interpretações catastróficas após uma experiência de dor e consequente comportamento de dor e de hipervigilância (VLAEYEN *et al.*, 1995; citados por BOERSMA *et al.* 2004) (Figura 1). O modelo salienta a importância dos aspectos cognitivos no desenvolvimento de comportamentos que favorecem a cronicidade, em particular a influência das crenças de medo/ evitamento na predeterminação do reajustamento psicológico e nos efeitos físicos (redução da condição física e nível de incapacidade de cada indivíduo). Nesse sentido assume o pressuposto de que as crenças influenciam o nível de medo, do qual resulta elevados níveis de incapacidade, e que por isso a modificação das crenças irá determinar ganhos na função (VLAEYEN *et al.*, 1995; citados por BOERSMA *et al.* 2004).

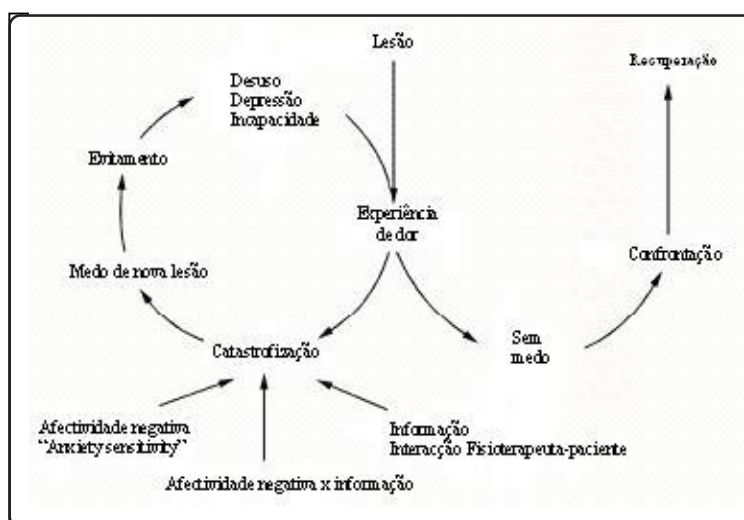


Figura 1. Modelo de Medo-evitamento do Movimento (VLAEYEN, 1999).

A crença de medo/ evitamento, mais especificamente o medo que a realização de movimento possa causar dor ou recidiva da lesão, gera dois comportamentos de resposta: a confrontação e o evitamento. Na ausência de uma condição séria de natureza somática, a confrontação com as actividades da vida diária, apesar da dor, é considerada como uma resposta adaptativa positiva, que pode conduzir à redução do medo e promoção da recuperação (VLAEYEN e CROMBEZ, 1999). Contrariamente, o evitamento dessas mesmas actividades poderá levar à manutenção e exacerbação do medo, desencadeando um estado fóbico (VLAEYEN e CROMBEZ, 1999; BUER *et al.* 2002). Este conjunto de reacções, às quais se pode associar a catastrofização, e a influências das crenças dos profissionais de saúde, podem conduzir ao desuso, incapacidade e depressão, criando um ciclo vicioso (VLAEYEN e CROMBEZ, 1999; VLAEYEN e LINTON, 2000; BUER *et al.* 2002).

O medo da dor surge assim como o conceito central do modelo. O medo da dor diminui a tolerância do indivíduo à dor, o que, em conjunto com processos de autodefesa protectora, pode contribuir para potenciar o desenvolvimento da dor crónica. Da mesma forma, o medo que o movimento provoque dor ou recidiva da lesão, pode contribuir, não apenas para a redução do nível de actividade, como também para alterações ao nível dos padrões de movimento (VLAEYEN e CROMBEZ, 1999).

Main e Watson (1996) e Watson *et al.* 1998 citados por Waddell, (2004) observaram uma relação forte entre medo da dor/ evitamento do movimento e *guarded movement*, surgindo este último,

como particularmente importante na relação com os processos psicológicos. Desta forma, o medo da dor ou agravamento da lesão, a par da percepção que o utente tem acerca da sua capacidade, ou falta desta, para executar movimentos e actividades, pode estar na origem da ausência/ evitamento do movimento. Nesta situação, a exacerbação da dor é comum e pode promover o reenforço desta condição. Ela pode produzir alterações físicas e psicológicas que levam ao “síndrome de desuso” (VERBUNT *et al.* 2003; WADDELL, 2004).

O “síndrome de desuso” tem sido simultaneamente apontado como consequência e factor contribuinte da DLC. A este encontra-se associado um reduzido nível diário de actividade física, que poderá conduzir a uma alteração das qualidades físicas, nomeadamente ao nível da força e potência muscular, capacidade cardiovascular, flexibilidade, velocidade de reacção, equilíbrio e composição corporal (HASENBRING *et al.* 1994; citados por VERBUNT *et al.* 2003; VLAEYEN *et al.* 1999).

Ao longo do tempo o evitamento das actividades motoras pode ter consequências prejudiciais, quer ao nível físico, pela perda de mobilidade, e por fraqueza muscular (BORTZ, 1984, citados por VERBUNT *et al.* 2003; VLAEYEN *et al.* 1999), quer nos mecanismos de adaptação postural, dos quais poderá resultar movimento anormal e/ou transferência anormal de carga para outras estruturas do sistema músculo-esquelético (VERBUNT *et al.* 2003). O efeito do medo/ evitamento tem também consequências psicológicas, nomeadamente a perda de auto-estima e a depressão, que podem aumentar a incapacidade (VLAEYEN, 1999 e LINTON, 1999). Comportamento da doença, incapacidade e perda do trabalho, reforçam a angustia e a depressão, as quais aumentam o comportamento da doença e incapacidade, traduzindo-se por um ciclo vicioso (WADELL, 2000). Uma vez mais, a incapacidade não é um processo estático, este envolve várias fases distintas ao longo do tempo e cada fase envolve diferentes partes de interacção social.

Deste modo, é esperado que os utentes com DLC apresentem alterações não só a nível cognitivo e comportamental, como também no que diz respeito às suas qualidades físicas. Nesta perspectiva, a intervenção em utentes com DLC deverá incidir não só a nível cognitivo e comportamental, como também ao nível das qualidades físicas que se pensa estarem alteradas, podendo ser considerada a forma mais efectiva de intervenção aquela que é direccionada para estas três componentes.

Programas de Intervenção em utentes com DLC

Nos últimos anos, e por consequência do conhecimento acerca da influência dos factores psicossociais referenciados, os programas de intervenção de natureza cognitivo-comportamental, a par da utilização do exercício físico, emergiram como importantes meios de intervenção para reduzir o impacto da cronicidade provocada por dor lombar (MORLEY *et al.* 1999; RAINVILLE *et al.* 2000; citados por GUZMAN *et al.* 2001).

Os programas de intervenção baseados na abordagem cognitivo-comportamental centram-se nos comportamentos e crenças inadequadas acerca da percepção da dor por parte do indivíduo, no pressuposto de que a modificação dessas crenças e comportamentos pode influenciar a sua resposta face à intervenção e diminuir os seus níveis de incapacidade (SIMMONDS *et al.*

1996 citados por WALSH e RADCLIFFE, 2002).

Nestes programas, a componente educativa e o exercício são os elementos chave. Ao nível educativo, a estratégia de intervenção passa por ajudar os utentes a reinterpretar a sua condição em termos dos processos cognitivos e comportamentais, para que estes possam ser rapidamente compreendidos, controlados e/ou modificados (WALSH e RADCLIFFE, 2002). A par da modificação das crenças, os programas procuram igualmente desenvolver estratégias de *coping*² positivas (ex. relaxamento e exercício) (WALSH e RADCLIFFE, 2002). Para muitos utentes durante, o processo de tratamento da dor é necessário que os mesmos passem de uma atitude passiva de desresponsabilização para uma abordagem de “*self-management*”, onde assumem a responsabilidade pela sua evolução funcional.

Ao nível do exercício, a exposição gradual ao movimento “*in vivo*” (EXP) é uma estratégia relativamente recente mas que apresenta resultados promissores. A EXP é definida como o movimento não nocivo, como forma de aprendizagem através do condicionamento (BURNS *et al* 1999; VLAEYEN e CROMBEZ 1999; WALSH e RADCLIFFE 2002). A EXP é especificamente direccionada para fobias e envolve uma confrontação gradual com o objecto temido. No caso específico do medo de realizar movimento e actividade, a EXP pode ser vista como uma confrontação gradual com as actividades da vida diária que despertam expectativas catastróficas e que o utente consequentemente evita (BOERSMA *et al.* 2004). Nesta condição os mecanismos do medo assumem um papel significativo na predição e perpetuação da incapacidade, pelo que sendo a EXP uma abordagem explicitamente direccionada para o medo e evitamento do movimento, então parece ter grande potencial na redução da mesma (BOERSMA *et al.* 2004).

Tendo em conta a evidência existente sobre este tipo de programas, a exposição gradual ao movimento *in vivo*, poderá ter um papel importante na modelação da hipervigilância dos utentes com crenças de medo da dor e medo do movimento (VLAEYEN, 1999). A redução do medo da dor/ evitamento do movimento pode não ser, no entanto, suficiente para alterar a condição física. Sabe-se que, como resultado do desuso prolongado, os utentes com DCL poderão apresentar diversas alterações físicas, nomeadamente diminuição da força muscular, alteração do controlo motor, diminuição da capacidade cardiovascular e da flexibilidade (VERBUNT *et al.* 2003). Deste modo, a intervenção neste tipo de utentes deverá englobar, para além da EXP anteriormente descrita, um programa de condição física direccionado para as qualidades físicas que se encontram alteradas.

² “Coping” é definida como o esforço cognitivo e comportamental feito pelo indivíduo, para controlar, reduzir e tolerar as necessidades internas e externas criadas pelos factores stressantes (BIGOS, 1994; BOWYER, 1995; BRAEN *et al.*, 1994 cit por BEKERRING, 2003). “Coping” pode ser activo ou passivo. No “coping” activo os utentes tomam as acções, de modo a controlar a dor por eles próprios, como por exemplo, a procura de distrações ou promoção do movimento (JENSEN, (2001) TURNER *et al.*, 1991 citados por BEKERRING, 2003), tentando resolver o problema, sendo que, esta habilidade pessoal de controlar a dor, mostra que leva a melhor função e fitness (DOLCE, 1987 citados por ECCLESTON, 2001). No “coping” passivo os indivíduos adoptam uma atitude passiva, como por exemplo, através do repouso ou usando medicação, tornando-se dependentes dos outros, adoptando esse caminho para controlar a dor, diminuindo as actividades em ordem a reduzir a dor, assim como a função (JENSEN, TURNER *et al.*, 1991 cit por BEKERRING, 2003), mostrando, nas suas respostas, maior nível de angústia e incapacidade (SNOWTUREK *et al.* 1996 citados por ECCLESTON, 2001). O “coping” passivo está inerente ao evitamento e ao comportamento negativo.

As abordagens utilizadas até agora na intervenção em utentes com dor crónica lombar influenciadas pelo modelo de medo/ evitamento têm enfatizado a redução do medo do movimento como forma primordial para reduzir o nível de restrição funcional dos utentes com DCL (VLAEYEN *et al.* 2001; 2002; LINTON *et al.* 2002; BOERSMA *et al.* 2004). Apesar dos resultados promissores observados relativos ao aumento da capacidade funcional e redução do absentismo, pouca atenção tem sido dada à origem das crenças, à condição física e à forma como estas se modificam, enquanto os utentes participam neste tipo de programas de intervenção. Este estudo pretende assim, procurar evidência para o Modelo de Medo-evitamento do Movimento e aprofundar a compreensão acerca das crenças dos utentes face à dor crónica lombar.

Metodologia

A abordagem predominantemente utilizada no estudo das atitudes e crenças em utentes com dor crónica lombar tem privilegiado a perspectiva positivista. Significa isto que se procura identificar e classificar atitudes e crenças por referências a quadros conceptuais pré-estabelecidos, entendendo os factores psico-sociais da mesma forma que os factores biológicos. Esta abordagem tende a deixar de fora, aspectos que podem ser importantes para a compreensão da forma como atitudes e crenças se desenvolvem, se modificam, e como influenciam os níveis físicos e funcionais dos utentes. Abordar a dor na perspectiva de quem a sente, e o impacto que assume na vida de cada indivíduo, pode ajudar-nos a definir novas formas de interacção com os utentes e a privilegiar novas estratégias de intervenção.

Nesta investigação seleccionamos a metodologia do estudo de caso múltiplo de natureza exploratória e descritiva (MERRIAM, 1998)). O principal objectivo foi o de explorar as crenças e atitudes dos utentes face à dor crónica e a forma como estas se modificam durante a sua participação num programa de intervenção. Através deste tipo de estudo, esperamos responder às seguintes questões:

- Quais são as crenças e atitudes dos utentes face à dor crónica e como se desenvolveram?
- Como é que as crenças interagem com a restrição da actividade e participação social dos utentes?
- Como e porquê se modificam durante a sua participação num programa de intervenção em Fisioterapia?

Participantes

STAKE (2000) refere que o principal critério na selecção de um caso é o de maximizar o que pode ser aprendido através dele. Os casos neste estudo são utentes com dor lombar crónica. Considerando a natureza das questões em estudo e a abordagem definida, os participantes foram seleccionados através de uma amostra teórica. Neste processo a selecção é intencional tendo por base o julgamento do investigador de acordo com um conjunto de critérios racionais. Procura-se assim recorrer a informantes privilegiados, isto é, participantes com conhecimento e experiência do assunto em estudo, com capacidade de reflexão acerca da sua condição, e

igualmente capazes de partilhar com o investigador a sua percepção do problema (MERRIAM, 1998).

A natureza qualitativa dos estudos exploratórios permite que pequenas amostras sejam suficientes para obter informação sobre o fenómeno em estudo (MERRIAM, 2000). Uma vez que o propósito dos estudos qualitativos é o de aprofundar a compreensão sobre determinados fenómenos e desenvolver teoria, em vez de comprovar ou rejeitar hipóteses, a preocupação com a generalização não é a idêntica à que ocorre nos estudos quantitativos.

Para este estudo, foram seleccionadas três utentes que estivessem a experienciar um percurso de dor crónica lombar, isto é, dor com uma duração superior a 12 semanas (KENDAL 1997; VAN TULDER *et al.* 1997), um elevado nível de crenças de medo-evitamento do movimento (> 15 sub-escala actividade física e > 34 sub-escala do trabalho/emprego no QCME) (WADDELL, 1993), padrão de dor central (SCHADLOCK, 1999), idades compreendidas entre os 20 e 55 anos, ausência de “red flags” ou de estado de gravidez.

As participantes no programa foram seleccionadas por conveniência geográfica. Estabeleceu-se contacto pessoal e marcou-se uma primeira reunião com o objectivo de explicar os estudos e os seus efeitos e solicitar consentimento informado. Garantiu-se a confidencialidade e o anonimato e também a possibilidade de cada participante abandonar o estudo sem que daí resultasse qualquer prejuízo. Verificou-se posteriormente os critérios de inclusão mediante passagem de um questionário relativo aos dados pessoais e através do preenchimento do QCME.

Todas as participantes no estudo pertencem ao género feminino, tinham idades aproximadas e exerciam diferentes actividades profissionais. A participante A (que atribuímos o pseudónimo de Andreia), tinha 53 anos de idade e era empregada doméstica. Referia dor lombar há 15 anos, acreditando que esta era consequência dos trabalhos pesados que realizou ao longo da sua vida e há presença de uma hérnia discal ao nível de L5/S1. A participante B (Berta), do género feminino, tinha 47 anos de idade, e era ama. Refere uma história de dor lombar com 3 anos, acreditando que esta resulta dos esforços provenientes do seu trabalho do dia-a-dia. A participante C (Catarina) do género feminino, 41 anos de idade era auxiliar de educadora de infância há 15 anos. Refere dor lombar à 11 meses e foi sujeita a cirurgia lombar há seis meses, devido há presença de uma hérnia discal em L5/S1. A Catarina atribui a sua dor à falta de força e flexibilidade ao nível dos membros inferiores.

Desenho Metodológico

O desenho metodológico utilizado nesta investigação foi um estudo de caso múltiplo baseado na análise transversal de três estudos de caso. Cada investigador recolheu os dados de uma participante no estudo. Os dados foram recolhidos, analisados e descritos num estudo de caso individual. Cada estudo de caso explora as mudanças ocorridas ao nível das atitudes, crenças, funcionalidade e condição física de um utente com dor crónica lombar, durante a implementação de um programa de intervenção em Fisioterapia que englobou três componentes, educação, exposição gradual ao movimento e condição física.

Os estudos de caso foram organizados em três fases: A primeira fase (*baseline*) correspondeu à caracterização das participantes. Incluiu os dados demográficos, a narrativa das suas histórias de dor lombar, factores psicossociais associados, funcionalidade e condição física. Estes dados foram recolhidos durante 4 semanas, em quatro momentos distintos, através da utilização de dados quantitativos recolhidos através de diferentes instrumentos de medida e de uma entrevista semi-estruturada.

A segunda fase corresponde à implementação das sessões de educação e exposição gradual ao movimento. Nesta fase, ocorreu a interacção com cada participante centrada na discussão do desenvolvimento da cronicidade e impacto do medo da dor/ evitamento do movimento na sua restrição funcional e participação social. Pretendeu-se desta forma explorar formas de reinterpretar a condição e desenvolver maior controlo por parte de cada participante. A terceira fase correspondeu à introdução do treino direccionado para a condição física, a par das estratégias utilizadas na fase anterior.

De acordo com o desenho metodológico definido e representado na figura 2, no mês de Maio não ocorreu qualquer intervenção. No final do mês de Maio teve início a segunda etapa do estudo referente à educação e exposição gradual ao movimento. Esta prolongou-se por um período de um mês, com uma frequência de duas vezes por semana e a duração média de 30/40 minutos por sessão. No final desta fase tornaram-se a recolher dados através dos instrumentos de medida e da entrevista, complementados com a aplicação da PHODA³ (KUGLER, 1991). A utilização deste instrumento tem apenas como objectivo o planeamento das sessões de Exposição Gradual ao Movimento.

Posteriormente procedeu-se ao início da terceira etapa do estudo, referente à educação, exposição gradual ao movimento e condicionamento físico em conjunto. Esta teve uma duração de quatro semanas, com sessões trissemanais de duração progressiva (duração de 20min a 50min). Esta etapa culminou com a recolha de dados através da aplicação dos instrumentos, tendo sido finalizado o trabalho de campo.

³ O PHODA (*Photograph series of Daily Activities*) é um método estandardizado que utiliza 100 fotografias representativas de diversas actividades funcionais, incluindo o levantamento de pesos, a flexão do tronco, o andar, o andar de bicicleta, etc. É usado como uma medida directa do medo do movimento/ agravamento da lesão que permite identificar uma hierarquia de medo a ser usada no tratamento de exposição gradual ao movimento.

Após completar o teste, é atribuído um valor a cada fotografia de acordo com a sua posição no termómetro. O score total, que varia entre 0 e 100, é calculado através da soma de cada valor dividido por 10000 (valor máximo).

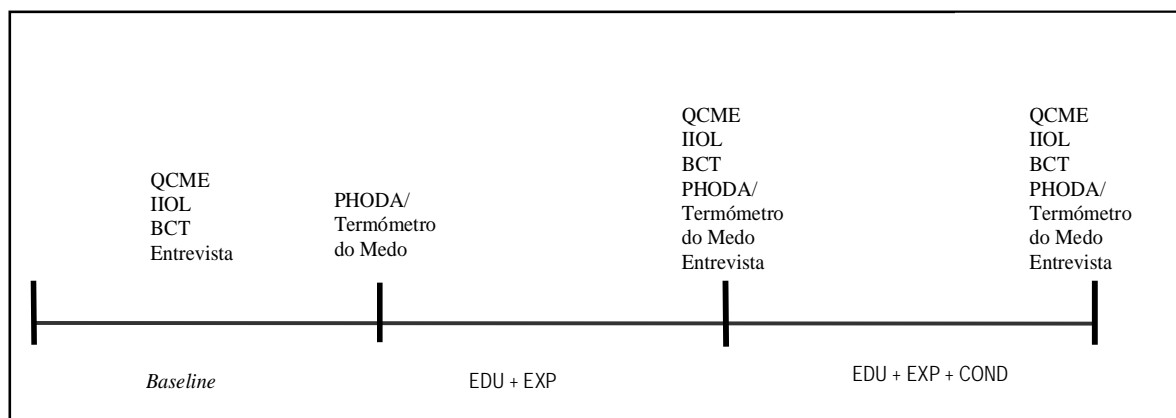


Figura 2. Desenho do estudo.

Legenda: **QCME**- Questionário de Crenças de Medo Evitamento. **IIOL**- Índice de Incapacidade . **BCT**- Bag and Carry Test. **PHODA**- Photograph series of Daily Activities

Métodos de recolha de dados

A recolha de dados e a implementação do programa de intervenção decorreu entre Maio e Julho de 2005 no domicílio de cada uma das participantes. Pretendeu-se dessa forma compreender e intervir no contexto próprio de cada participante, na convicção que a compreensão da condição de cada participante nesse contexto iria facilitar a exploração das crenças na perspectiva de cada participante.

Os três investigadores que participaram na recolha de dados realizaram previamente um treino de competências. Relativamente à capacidade de realizar uma entrevista exploratória, foi dada especial atenção na elaboração das questões, na forma como estas eram colocadas, e na linguagem a utilizada (verbal e não verbal). Elaborou-se um pré- teste junto de três colegas com o intuito de observar o comportamento de cada investigador na condução da entrevista. Este foi filmado, sendo posteriormente analisado conjuntamente com outros investigadores, com conhecimento e experiência na utilização da entrevista.

Antes da implementação do estudo, foi efectuado um estudo piloto com um utente com características semelhantes às das participantes no estudo. O objectivo foi o de verificar a adequabilidade e aplicabilidade dos instrumentos a utilizar, servindo de igual modo como pré teste da entrevista criada propositadamente para este estudo. A sua realização decorreu durante o mês de Abril de 2004.

Os dados quantitativos foram recolhidos através da aplicação de três instrumentos (QCME, IIOL e BCT). Os instrumentos utilizados, com excepção do BCT, estão adaptados à realidade portuguesa com valores psicométricos semelhantes ao instrumento original.

O Questionário de Crenças de Medo Evitamento do Movimento (QCME) mede as crenças de medo evitamento do movimento dos utentes com DCL relativamente à actividade física e ao trabalho. É um questionário de preenchimento pelo indivíduo, com 16 itens, numa única página, constituído por duas sub-escalas: Actividade Física e Trabalho. Um *score* superior a 15 na primeira sub-escala revela elevadas crenças de medo-evitamento do movimento, enquanto que um *score* superior a 34 na segunda está associado a um elevado risco de absentismo ao trabalho (WADDELL, 2004; GONÇALVES & CRUZ, 2004).

O Índice de Incapacidade Oswestry para Lombalgia (IIOL) é um questionário que pretende quantificar o grau de incapacidade funcional de indivíduos com dor lombar. Este possui dez secções seleccionadas a partir de uma série de questionários experimentais de onde foram escolhidos os problemas mais relevantes referidos pelos indivíduos com dor lombar (Fairbank, 1980; citado por Filipe *et al.*, 1999). As dez secções incluem a dor, os cuidados pessoais, levantar pesos, marcha, estar sentado, estar em pé, dormir, vida sexual, vida social e viajar (Cole *et al.*, 1994; citado por Filipe *et al.*, 1999). Cada secção apresenta seis itens de severidade da incapacidade, que variam entre zero (mínimo de incapacidade) e cinco (máximo da incapacidade). Os valores dos itens assinalados no questionário, quando completo, são somados e multiplicados por dois para dar um *score* máximo de cem, permitindo assim a apresentação dos resultados sob a forma de percentagem (Filipe *et al.*, 1999).

O teste Bag & Carry (BCT) foi criado com o objectivo de testar a força muscular funcional perante intensidades de exercício suficientemente elevadas para testar toda a capacidade corporal oxidativa (Posner *et al.*, 1995; Noonan & Dean, 2000). O BCT requer que os sujeitos percorram uma distância de 7.5m carregando um peso de 0.9Kg com ambos os braços, subam e desçam um lance de 4 degraus e tornem a percorrer os 7.5m. Por cada circuito completo é adicionada uma carga de 0.9Kg até que o indivíduo não consiga completar o circuito (Posner *et al.*, 1995; Noonan e Dean, 2000). O *score* é constituído pela maior quantidade de peso transportada com sucesso pelo sujeito (Posner *et al.*, 1995; Noonan & Dean, 2000).

A recolha de dados inclui ainda a observação e a entrevista. Todas as sessões foram filmadas e foi realizada uma entrevista semi-estruturada no final de cada fase do estudo. Para a realização da entrevista foi desenvolvido um guião de acordo com as categorias definidas por Guifford (2000). O guião da entrevista (Tabela 1) era constituído por sete questões chave que foram construídas com base nas crenças e atitudes características dos utentes com dor lombar. Estas compreendem as crenças relativas à origem da dor e sua recorrência, as crenças de medo-evitamento do movimento, as crenças relativas à função, as crenças de/relativamente a outros profissionais de saúde/abordagens e as estratégias de coping por eles adoptadas. À posteriori as categorias organizaram a análise de conteúdo efectuada.

Com a sua utilização pretendeu-se compreender qual o significado que os utentes atribuem à sua dor, no que se refere à sua origem, aos factores que contribuem para a sua manutenção, agravamento ou melhoria, ao impacto da dor na vida dos indivíduos, bem como as estratégias que os utentes utilizam para lidar com a dor.

Tabela 1. Guião da entrevista.**Guião de Entrevista**

- Na sua opinião, qual é a origem da sua dor? Porque é que na sua opinião começou a ter dor? Como construiu essa opinião?
- O que fez e faz actualmente para melhorar a sua dor? Realizou algum tratamento? A que profissionais recorreu?
- O que é que na sua opinião o/a ajudou mais? O que acha que deu mais resultado?
- Na sua opinião, porque é que a sua dor se mantém? Porque é que desenvolveu essa ideia?
- O que é que se alterou na sua vida desde que sente dor? Ao nível familiar, profissional e social, por exemplo...
- Na sua opinião o que é que faz piorar/ melhorar a sua dor? Porque é que acha que isso acontece?
- Quando a sua dor piora o que é que tem por hábito fazer? Porque é que o faz?

A observação, construída com base no discurso das participantes durante a realização das várias actividades, tal como a entrevista, teve por base a grelha de análise constituída pelos diferentes tipos de crenças e atitudes característicos dos utentes com DLC, anteriormente referida. A observação foi efectuada em todas as sessões do estudo, tendo sido registada por uma câmara de vídeo.

Os dados relativos a cada participante não foram recolhidos em simultâneo. Este aspecto permitiu que há medida que os dados iam sendo recolhidos eram discutidos e analisadas possíveis semelhanças entre os diferentes estudos de caso. No final, escrevemos um estudo de caso composto (JENSEN *et al.* 1999) que representa as crenças e atitudes das participantes no estudo e a forma como estas se modificaram ao longo do programa de intervenção.

Análise dos Dados

A análise dos dados englobou o tratamento dos dados quantitativos resultantes dos testes e questionários aplicados nos diferentes momentos de avaliação e a análise dos dados recolhidos pela observação e entrevista. No total, cada estudo de caso inclui 20 observações e 6 entrevistas e ao conjunto de dados recolhidos nos 6 momentos de avaliação (4 durante a fase da “baseline” e posteriormente no final de cada fase do programa de intervenção).

Os dados quantitativos foram analisados de acordo com os cálculos dos *scores* de cada instrumento, nos diferentes momentos de avaliação. Pretendeu-se desta forma obter uma caracterização dos factores em estudo e sua evolução ao longo da implementação do programa de intervenção.

Relativamente aos dados qualitativos foi efectuada a transcrição das observações segundo a matriz pré-estabelecida, e a transcrição integral das entrevistas realizadas. O conteúdo das entrevistas foi depois analisado de forma a organizá-lo de acordo com o sistema de categorias criadas à priori com base nas crenças e atitudes características dos utentes com DCL, a par das crenças dos investigadores, reflectidas nas proposições teóricas deste estudo. Tal como foi anteriormente referido, os dados recolhidos através da observação foram baseados no discurso revelado pelas participantes durante a realização das várias actividades.

Os dados recolhidos foram posteriormente sintetizados para cada participante, originando desta forma estudos de caso individuais que descreveram a percepção de cada participante acerca das crenças relativas à sua condição. Assim, cada participante originou um estudo de caso que foi desenvolvido de acordo com a mesma matriz. No final os três estudos de caso foram triangulados procurando explorar e descrever a existência de um padrão de resposta nos dados obtidos.

De forma a assegurar a qualidade e rigor do estudo foram adoptadas diversas estratégias, nomeadamente o contacto prolongado entre investigadores e participantes, a utilização de múltiplas fontes (triangulação), a análise sistemática dos dados recolhidos, a revisão do sistema de codificação, a confrontação de dados e procura de evidência negativa, e a utilização de transcrições relativamente extensas.

Nos estudos de natureza qualitativa, a natureza distinta dos instrumentos de recolha de dados proporciona a possibilidade de triangulação (COHEN e MANION, 1990). Os dados resultantes da observação, entrevista e os valores dos instrumentos quantitativos foram triangulados. Se por exemplo, cada participante referiu a cada investigador quão importante é a actividade profissional para a manutenção da sua dor, se o *score* obtido na sub-escala do trabalho/ emprego na escala de QCME for próximo de 34, e se as actividades seleccionadas no PHODA como actividades que despertam medo, corresponderem a actividades que as participantes realizam na sua actividade profissional, os dados são “triangulados”, e podemos concluir com uma segurança razoável, que a centralidade da crença de que a actividade profissional contribui para manter e/ou agravar a dor é credível e fiável.

A categorização inicial da informação obtida através da entrevista e observação foi efectuada individualmente por cada um dos investigadores, tendo sido posteriormente cruzada entre os mesmos. Este procedimento permitiu aferir diferenças e semelhanças, discutir os critérios de categorização e estabelecer consensos que culminaram na categorização final da informação.

Por último, são ainda apresentadas transcrições que permitem ilustrar as categorias encontradas. A utilização de transcrições directas reduz a possibilidade de inferência, ou seja, limita a possibilidade de realizar inferências sem estas se suportarem nos dados recolhidos, ao mesmo tempo que fornece oportunidade do leitor poder aferir a credibilidade das interpretações do investigador (JENSEN, 1999).

Apresentação dos Resultados

Para uma leitura mais clara dos resultados organizamos a sua apresentação em duas partes. Primeiro é apresentada a evolução dos dados quantitativos ao longo das três fases do estudo. Estes reflectem as crenças de medo/ evitamento, o nível de medo do movimento/actividade do movimento, a incapacidade funcional e a condição física das três participantes em cada uma das fases do estudo.

Posteriormente são analisados os dados qualitativos relativos à origem e tipo de crenças dos participantes e à forma como estas se modificaram ao longo do programa.

Crenças de Medo- Evitamento do Movimento

A figura 3 apresenta os dados relativos às sub-escalas do QCME. De acordo com os resultados obtidos foi possível observar uma consistência de valores durante o período da *baseline* em ambas as sub-escalas. Após a inclusão da componente educativa e da exposição gradual ao movimento, observou-se um decréscimo nos valores obtidos em ambas as sub-escalas para as três participantes. Na fase 3, e com a adição do programa direccionado para a condição física, o decréscimo acentuou-se aproximando-se do valor 0, que significa ausência de crenças de medo-evitamento do movimento.

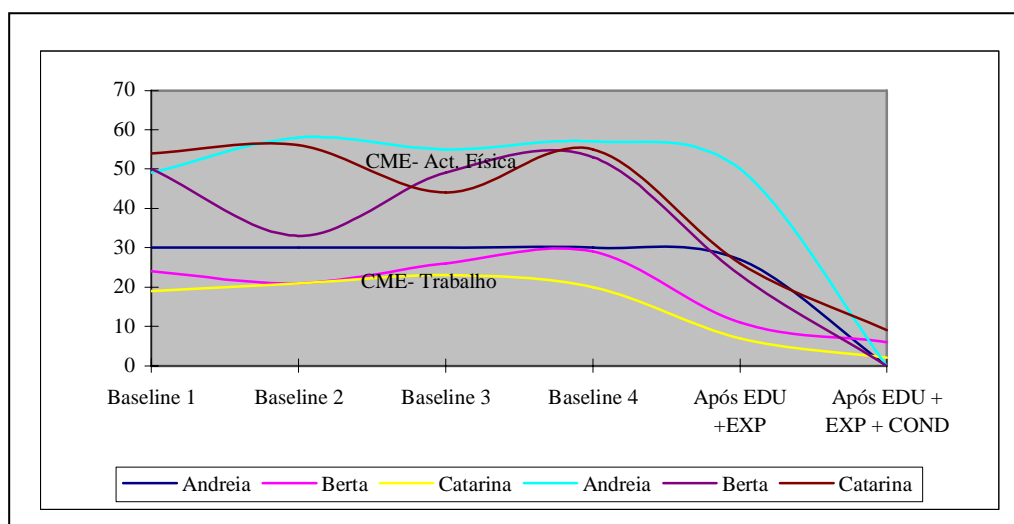


Figura 3. Evolução dos scores relativos a ambas as sub-escalas do QCME

Termómetro do Medo

Na figura 4 são apresentados os dados relativos ao *score* da PHODA para cada uma das participantes, nas três fases do estudo. Sendo que todas as participantes apresentavam valores elevados, representativos de múltiplas actividades que despertam medo do movimento, também aqui foi possível observar uma redução drástica nesses valores, após a inclusão da componente educativa e de exposição gradual ao movimento, que se manteve na fase 3 do estudo.

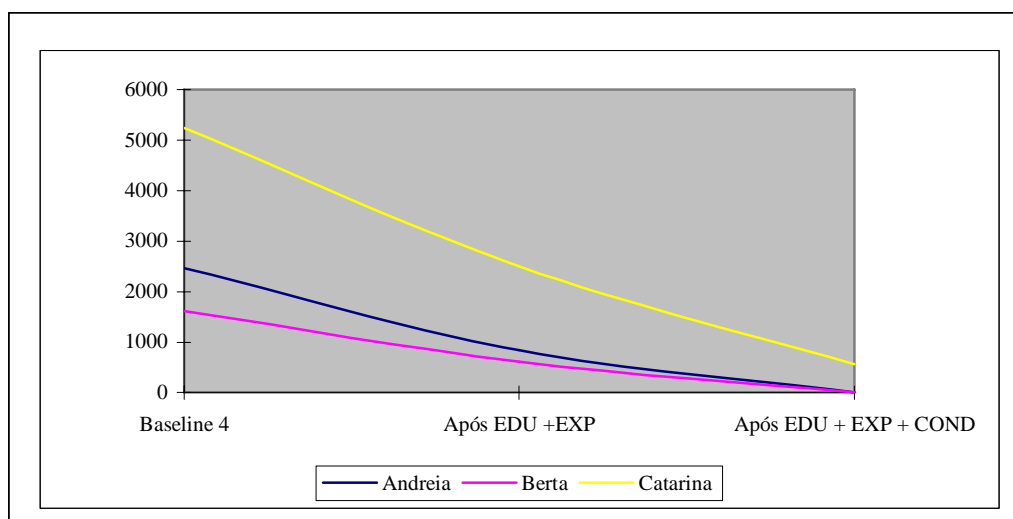


Figura 4. Evolução dos *scores* do PHODA.

É de realçar que os *scores* de ambos os instrumentos (QCME e PHODA) apresentam uma evolução semelhante ao longo de todo o estudo.

Nível de Incapacidade Funcional e Condição Física

A figura 5 apresenta os dados relativos à incapacidade e condição física. Também aqui foi possível observar uma consistência de valores durante o período da *baseline* em ambas as escalas. Após a inclusão da componente educativa e de exposição gradual ao movimento, observou-se um decréscimo nos valores obtidos para a incapacidade nas três participantes e uma melhoria da condição física. Na fase 3, e com a adição do programa para a condição física, as participantes aproximaram-se do nível máximo de funcionalidade de acordo com os parâmetros da IOLL. Relativamente à condição física, esta quase duplicou os valores do teste.

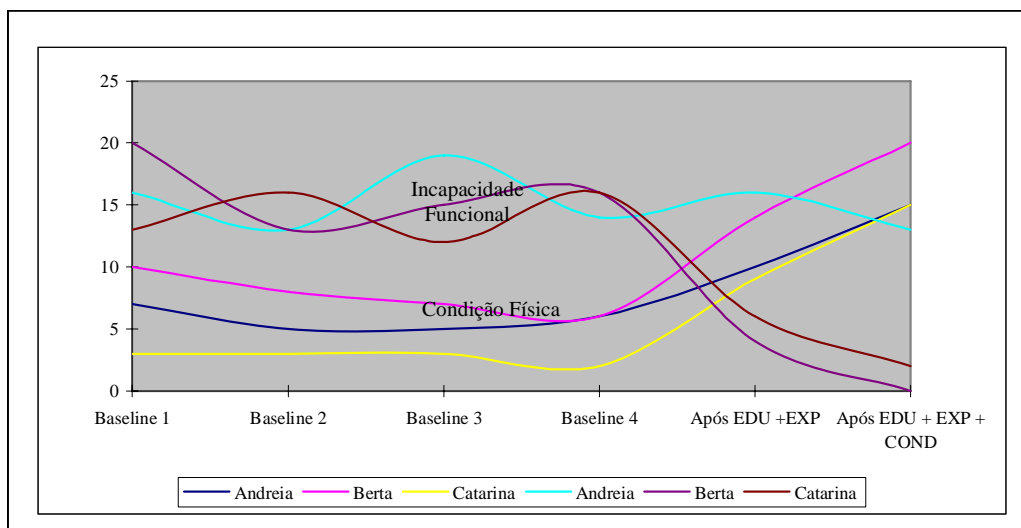


Figura 5. Evolução dos scores do IOL e do BCT.

As crenças dos Participantes

A segunda parte da apresentação dos dados utiliza ilustrações textuais referidas pelos participantes. Pretende-se desta forma ilustrar as categorias encontradas dando ao mesmo tempo oportunidade do leitor poder aferir acerca da sua adequabilidade.

Crenças relativas à origem da dor/recorrência

Ao longo da *baseline*, a Andreia e a Berta partilhavam a mesma crença. A sua dor é essencialmente motivada pela natureza e características da sua actividade profissional. As transcrições seguintes ilustram essa situação: A Andreia referia, por exemplo, que “ (...) é a coluna, o esforço do trabalho... as hérnias já nasceram aqui (...); e está a piorar, não melhora nada, todos os dias esta dor aparece”. A Berta por sua vez referia que “ (...) eu acho que é devido ao meu trabalho, quando pego nas crianças, quando pego no aspirador ou na vassoura, as vezes nem na vassoura posso pegar...”. A Catarina atribuía a sua dor constante a características físicas do seu corpo: “Eu acho que a minha dor se deve ao facto de eu sentir um peso enorme da cintura para baixo, sinto muita falta de força e acima de tudo sinto-me muito presa, parece que os músculos e os tendões ficaram todos enrolados, e eu acho que é por isso que continuo a ter dores.”

Após a fase dois do estudo, em que se verificou a inclusão da componente educativa e de exposição gradual ao movimento, as três participantes continuavam a atribuir as mesmas causas à origem da dor, como é possível constatar pelas seguintes transcrições. Andreia referia, por exemplo, que “ Tenho cá as hérnias, não é?! Tenho cá o mal e ele de vez em quando queixa-se... queixa-se ele e queixo-me eu”. Enquanto que a Berta dizia que, “Associo a dor ao trabalho e a algumas posições que tenho que adoptar”. A Catarina continuava a acreditar que, “Acho que fiquei com dor devido a menor mobilidade em termos musculares. Quando ando fico com as pernas muito doridas, parece que tenho os músculos e os tendões presos!”

Após a última fase do estudo, e com a inclusão do programa direccionado para a condição física, as três participantes alteraram as suas crenças relativamente à origem da dor. A Andreia e a Berta partilhavam crenças semelhantes. A dor é motivada pela forma inadequada como realizam as actividades diárias, ou então pelas posturas incorrectas que assumem. As transcrições seguintes ilustram essa situação. A Andreia referia, por exemplo, que “ (...) a causa da dor eram as actividades que eu fazia... não sabia lidar com elas e com as hérnias, por isso sofria mais”. A Berta por sua vez dizia que “ (...) na minha maneira de ver a dor está mais relacionada com a minha postura”. Nesta fase a Catarina não referiu qualquer dor, pelo não lhe atribuiu nenhuma causa.

Crenças de medo –evitamento do movimento

Ao longo da *baseline* as três participantes revelaram crenças de que a sua dor era nociva e incapacitante. Apresentaram um medo excessivo do movimento, principalmente ao nível das actividades laborais. As transcrições seguintes ilustram essa situação. A Andreia dizia, por exemplo, que “O que faz piorar a minha dor é o trabalho (...), passar a ferro, estar a aspirar, limpar com a esfregona ... aqueles movimentos que a gente faz com a esfregona... o varrer, faz-me imenso doer as costas (...) evito fazer algumas coisas, senão Deus me livre!” A Berta por sua vez referia que “ (...) piorar é quando, é... tento pegar nas crianças, ou varrer, ou aspirar são as coisas que prejudicam... que eu sinto que me prejudicam...”. Enquanto que a Catarina mencionava “Estou muito assustada foi um choque muito grande nunca pensei que ficasse por aqui, não consigo ir trabalhar, ainda me sinto muito limitada, e psicologicamente tenho muito medo de fazer uma série de coisas que necessito fazer para voltar à minha vida normal, pensei que com a fisioterapia esse medo fosse desaparecendo mas isso não aconteceu e agora sinto-me mesmo muito receosa, nem sei que pensar estou assustada...”

Após a fase dois do estudo, em que se verificou a inclusão da componente educativa e de exposição gradual ao movimento, as três participantes revelaram uma diminuição muito significativa ao nível do medo e evitamento do movimento. As transcrições seguintes ilustram essa situação. A Andreia dizia que “No início custava-me fazer as actividades, mas agora com o passar do tempo já não me custa; Faço sem dor”. A Berta referia que “ (...) há apenas uma actividade em que preciso de me apoiar para realizar, senão tenho um pouco mais de receio...”. A Catarina mencionava que “Não dói! Nunca tinha experimentado correr, tinha medo. Estou a saltar, nem acredito!”

Após a última fase do estudo, e com a inclusão do programa direccionado para a condição física, as três participantes alteraram profundamente a sua perspectiva face ao movimento. A Andreia e a Berta partilhavam crenças semelhantes a este nível, referindo que nesta fase nenhum movimento lhes causava dor. A Catarina por sua vez, referiu apenas uma única actividade causadora de algum medo. As citações seguintes ilustram essa situação: A Andreia e a Berta referiam por exemplo que, “Eu não tenho medo de fazer nenhum movimento”. A Catarina por sua vez referiu que “ (...) á medida que fui fazendo os exercícios fui perdendo o medo de fazer as coisas. Apenas tenho algum receio de pegar no colchão. Eu posso correr... não sabia que conseguia. Foi um ânimo muito grande.”

Crenças relativas à função

Ao longo da *baseline* as três participantes revelaram um impacto significativo da dor no seu dia a dia, nomeadamente ao nível familiar, social e laboral. As seguintes citações ilustram essa situação. A Andreia referia que *“Ao nível familiar, profissional, social alterou tudo ... olha então, irrita-me constantemente com os rapazes ...; e agora por causa das dores fecho-me em casa vou vendo uns filmezinhos e vou sossegando...”* A Berta, dizia, por exemplo, que *“(...) às vezes gostava de estar mais tempo a fazer certas coisas que fazia de antes, e agora para as fazer às vezes não consigo...”* A Catarina por sua vez referia que *“...em termos profissionais tive de deixar de trabalhar porque fiquei sem andar, depois fui operada e até hoje ainda não consegui voltar a trabalhar, em termos familiares não posso fazer as coisas em casa sozinha e isso faz com tenha sempre que pedir ao meu marido que me ajude, sinto-me dependente. Isto tudo faz com que não tenha muita paciência para sair e isolo-me um bocado”*.

Após a fase dois do estudo, em que se verificou a inclusão da componente educativa e de exposição gradual ao movimento, as três participantes revelaram uma diminuição muito significativa do impacto da dor ao nível familiar, social e laboral. As seguintes citações ilustram essa situação. A Andreia, por exemplo, referia que *“Já tenho muito mais facilidade no trabalho, porque como já disse tenho adoptado as maneiras que vocês me ensinaram e tem sido mais fácil. Em casa já não me irrita tanto porque não tenho tantas dores e por isso já me custa menos fazer as coisas. Ao nível social não saio muito porque é do meu feitio, mas se me convidarem já me sinto mais à vontade para sair”*. A Berta por sua vez dizia que *“(...) ao nível familiar, a nível profissional tenho conseguido realizar as minhas tarefas. Eu consigo fazer tudo, com as estratégias consigo chegar onde quero sempre.”* A Catarina assumia que, *“Apesar de manter a baixa, sinto que em termos familiares estou mais liberta de certas pressões, porque não conseguia fazer certas coisas e isso afectava-me psicologicamente. E automaticamente afectava o meu relacionamento com o meu marido e filho (...) às vezes aborrecia-me sair, porque sabia que ia ter dor, mas agora estou muito mais à vontade e confiante. Sentia-me muito dependente e agora não”*.

Após a última fase do estudo, e com a inclusão do programa direccionado para a condição física, as três participantes referiram que a dor não tinha qualquer impacto na sua vida diária, não referindo qualquer limitação a esse nível. É de realçar o retorno da Catarina à actividade laboral, o que espelha profundas alterações ao nível da sua funcionalidade. As citações seguintes ilustram essa situação. A Andreia referia que *“Estou muito melhor, não tenho tantas dores como tinha, nem nada que se pareça, estou muito melhor mesmo; Não existem dificuldades na minha vida diária, estou bem”*. A Berta por sua vez dizia que *“(...) neste momento posso dizer que não tenho qualquer problema em fazer seja o que for devido àquilo que aprendi. Consigo fazer toda e qualquer coisa seja para cima, seja para baixo, enfim, seja fazer qualquer movimento sem aparecer qualquer dor”*. A Catarina realçava que *“Já estou a trabalhar... o que é muito importante, porque senão psicologicamente não ia aguentar. Em casa já não estou deprimida porque já não preciso de ajuda para fazer as coisas”*.

Crenças de/relativamente a outros profissionais/ abordagens

No decorrer da *baseline* o discurso das três participantes revelou as diversas crenças dos profissionais de saúde com quem se cruzaram ao longo do seu percurso de dor. No discurso da Andreia e da Catarina é perceptível a relação causa-efeito que foi estabelecida por parte dos profissionais de saúde. A Andreia referiu que *“(...) o médico diz que, as hérnias cá em baixo, só*

através de uma operação, mas que é um bocado complicado... na fisioterapia se fizessem com coisas frias talvez me desse bem, não sei, o quente não dá". Enquanto que a Catarina disse que "quando fui à consulta o médico fisiatra disse-me que eu estava boa, podia trabalhar, agora precisava era de nadar, nadar muito... lembro-me de pensar – mas eu nem consigo andar como deve ser, como vou nadar?" No discurso da Berta é perceptível a tentativa de encontrar uma solução para o problema, sem sucesso: "De tudo o que fiz (outras abordagens), nada resultou". Nas fases seguintes do estudo a Andreia e a Berta não fizeram qualquer referência às crenças dos profissionais de saúde, enquanto que a Catarina manteve o seu discurso.

Estratégias de Coping

Ao longo da *baseline* as três participantes revelaram as estratégias que adoptavam para fazer frente à dor. As estratégias eram comuns às três e resumiam-se aos analgésicos e repouso, como se pode constatar pelas seguintes citações. A Andreia referia, por exemplo, que "A dor melhora com analgésicos, melhora um bocadinho, e descansar um bocadinho". A Berta por sua vez dizia que " (...) tem sido (Pausa) os medicamentos e nunca mais os larguei...". A Catarina também referia que recorria "...aos analgésicos às vezes quando estou pior ou então deitar-me um bocado de barriga para cima e deixar-me estar uns 15/20 minutos..."

Após a fase dois do estudo, em que se verificou a inclusão da componente educativa e de exposição gradual ao movimento, as três participantes revelaram alterações na forma de lidar com a sua dor, não fazendo referência a analgésicos e adoptando uma perspectiva mais activa. As seguintes citações ilustram esta situação: A Andreia referia, por exemplo, que "Para melhorar já não tenho necessitado tomar comprimidos, tenho andado bem..." A Berta por sua vez dizia que "agora para mim é muito mais fácil devido a aquilo que aprendi. Até aqui não conseguia fazer os trabalhos sem que isso me aumentasse a minha dor... sem ter problemas de maior." A Catarina também referia que " (...) se realizar as actividades com uma postura adequada ao que estou a fazer sei que não tenho do".

Após a última fase do estudo, e com a inclusão do programa direccionado para a condição física, as três participantes mantiveram a estratégias activas para lidar com a dor, como é possível observar através das seguintes citações. A Andreia referia, por exemplo, que "Analgésicos? nenhuns; Se acordar com dor vou mexer-me, fazer a ginástica que aprendemos ou trabalha". A Berta por sua vez dizia que "Controlar a minha situação depende de mim. A força de vontade é fundamental". A Catarina também referia que "O Controlo da situação está em mim. Se eu acordar dorida não vou tomar comprimidos, descontrolo e depois sinto-me bem..."

Discussão

Este estudo propõe-se a descrever e analisar as alterações que ocorrem ao nível das crenças e da incapacidade em utentes com DCL, após uma abordagem centrada na educação e exposição gradual ao movimento isoladas e em conjunto com um programa direccionado para a condição física. Iniciou-se com a realização da *baseline*, que teve como objectivo caracterizar cada uma das participantes ao longo de um período de quatro semanas. Nessa fase verificou-se que tanto a Andreia como a Berta atribuíam a origem da sua dor à natureza e características das respectivas actividades profissionais. A Catarina por sua vez justificou a sua dor com base nas características físicas do seu corpo.

As três participantes revelaram ao longo das respectivas narrativas da história de dor um elevado nível de crenças de medo-evitamento do movimento. Os dados obtidos através do QCME, nomeadamente um *score* superior a 15 na sub-escala da actividade física e um *score* superior a 34 na sub-escala, suportam o discurso das três utentes. Através da utilização do termómetro do medo foi possível verificar que as participantes apresentavam uma fobia excessiva na realização de várias actividades do dia a dia. Estas actividades tinham em comum o facto de implicarem de alguma forma movimento na coluna lombar. A este nível a Catarina foi a que revelou valores superiores, seguida da Andreia e por fim a Berta.

Os dados obtidos através da aplicação do IOL revelaram que as participantes apresentavam à partida um nível de incapacidade funcional reduzido, o que não é coincidente com o discurso que apresentavam.

Durante o seu percurso de dor as participantes recorreram a diversos profissionais de saúde, sendo evidente nas respectivas narrativas as crenças de cada um deles. Estas traduzem a perspectiva biomédica com que a condição das três utentes foi interpretada, sugerindo uma causa física para a presença de dor, sem preocupação com outros factores contribuintes. As participantes revelaram ainda nesta fase o forte impacto que a dor assumia na vida de cada uma, nomeadamente ao nível do isolamento familiar, social e limitações no desempenho laboral. As participantes revelaram estratégias comuns para lidar com a dor, que se resumiam aos analgésicos e à restrição da actividade.

Apresentaram ainda um desempenho muito reduzido na realização do BCT, tendo cessado o teste sempre devido ao surgimento de dor. Esta situação poderá significar uma diminuição da condição física, nomeadamente ao nível da força muscular funcional, no entanto, também poderá ser reflexo do medo do movimento revelado pelas participantes, pois sabe-se que esta situação poderá condicionar o desempenho dos utentes com DCL durante a realização de testes de esforço (VERBUNT, 2003).

A fase dois do estudo, em que se verificou a inclusão da componente educativa e de exposição gradual ao movimento, iniciou-se logo após o final de *baseline*. No final desta, as utentes continuavam a atribuir as mesmas causas à origem da dor, não tendo alterado as suas crenças a este nível.

Relativamente às crenças de medo evitamento do movimento verificaram-se alterações relevantes, perceptíveis não só através do discurso, como também através de uma redução muito significativa dos *scores* de ambas as sub-escalas do QCME. A este nível a Andreia foi excepção, pois a redução nos *scores* no QCME foi pouco expressiva. Esta situação pode ser explicada pelas dificuldades de compreensão que a participante demonstrou aquando do preenchimento deste questionário.

Paralelamente verificou-se que ao longo das várias sessões de exposição gradual ao movimento as participantes foram perdendo progressivamente o medo de realizar as actividades que tinham identificado como perigosas no termómetro do medo. Esta redução foi superior a 50% relativamente ao *score* inicial, pelo que é considerada clinicamente relevante (VLAEYEN *et al.* 2001). Estes resultados são semelhantes aos obtidos em estudos anteriores (VLAEYEN *et*

al. 2001, 2002; LINTON, 2002; BOERSMA *et al.* 2004).

No final desta fase as utentes revelaram melhorias ao nível da capacidade funcional, reflectidas numa diminuição do score do IOL. A Andreia foi uma excepção a este nível, tendo mantido o score relativamente à *baseline*, o que poderá ser explicado pelo facto da participante ter referido que não se identificava com as opções de resposta do questionário, e por isso ter seleccionado constantemente a que lhe parecia mais adequada.

No final desta fase o impacto que a dor tinha na vida de cada uma das participantes era muito menos significativo. Revelaram uma maior estabilidade familiar, um maior contacto social e maior facilidade na realização das tarefas laborais. Estas melhorias funcionais poderão estar relacionadas com a confrontação dos próprios medos durante a exposição gradual ao movimento, o que poderá ter levado à não confirmação das suas expectativas, contribuindo para o aumento da funcionalidade.

Após esta fase as estratégias de *coping* reveladas pelas participantes alteraram-se completamente, começaram a adoptar a actividade em detrimento da inactividade e dos analgésicos, o que poderá indicar uma atitude mais activa e um aumento de *locus* interno. Esta alteração ao nível das estratégias de *coping* poderá ter um papel muito importante nos ajustamentos comportamentais que se verificaram no final desta fase (SPINHOVEN *et al.* 2003).

As participantes apresentaram ainda melhorias significativas no desempenho do BCT, o que poderá revelar melhorias da condição física, nomeadamente ao nível da força muscular funcional. Por outro lado estes resultados poderão também ser resultado da redução significativa do medo do movimento, que se traduz numa maior predisposição para a realização do mesmo.

A fase três do estudo foi referente à abordagem proposta, englobando a educação, exposição gradual ao movimento e um programa direccionado para a condição física.

No que concerne à origem da dor verificou-se que as participantes alteraram muito significativamente as suas crenças. A Catarina não referiu qualquer crença a este nível, enquanto que a Andreia e a Berta partilhavam crenças semelhantes. A dor é motivada pela forma inadequada como realizam as actividades diárias, ou então pelas posturas incorrectas que assumem no dia a dia. Esta é uma perspectiva muito mais centrada no *locus* interno⁴, assumindo indirectamente que o surgimento da dor depende em parte das atitudes comportamentais que adoptam. Esta perspectiva muito mais activa relativamente à origem da dor e consequente controlo sobre a mesma poderá ter sido determinante para que as participantes tivessem beneficiado do tipo de intervenção efectuada, pois sabe-se que utentes que interpretam a sua dor negativamente e percebiam ter pouco controlo sobre a mesma parecem não beneficiar tanto do tratamento como outros utentes com características inversas (McCracken *et al.* 2002).

⁴ Na DLC o locus interno pode verificar-se quando, por exemplo, os utentes controlam a dor através da procura de distrações ou promoção do movimento (TURNER *et al.* 1991; citados por BEKERRING, 2003).

Verificou-se que no final desta fase as participantes tinham alterado completamente as suas crenças relativamente ao medo evitamento do movimento, dando continuidade ao verificado no final da fase anterior. Esta situação foi visível não só através do discurso, como também através dos scores das sub-escalas do questionário de medo evitamento do movimento, que se aproximaram do zero, o que reflecte a ausência de crenças a este nível. Paralelamente verificou-se que no final desta fase as participantes não revelavam qualquer actividade ou movimento que não realizassem, dando continuidade aos resultados obtidos na fase anterior e contrastando abismalmente com a *baseline*. Revelaram porém, uma descontração crescente na realização das actividades ao longo desta fase. Esta situação poderá ser explicada pela confrontação constante das participantes com a actividade física sempre numa perspectiva de recuperação da função e comportamento normal (WADDELL, 1998; citado por VAN TULDER *et al.* 2000).

Após a realização da abordagem proposta verificou-se que as participantes apresentavam-se capazes de realizar qualquer actividade do seu dia a dia, mantendo uma vida social e familiar normal, controlando perfeitamente todos os aspectos inerentes à sua funcionalidade enquanto indivíduo. É de destacar o retorno ao trabalho por parte da Catarina. Esta situação reflecte o controlo adquirido perante a condição, contrastando fortemente com limitações funcionais que apresentavam inicialmente e dando sequência aos resultados obtidos na fase anterior. Estas melhorias funcionais não foram evidentes aquando da aplicação do IIOL, principalmente no que concerne à Andreia, o que poderá significar alguma falta de sensibilidade por parte deste instrumento.

No que diz respeito às estratégias de *coping*, verificou-se que nesta fase resumiam-se à actividade, o que implica uma alteração completa do comportamento relativamente à *baseline*, principalmente ao nível do medo do movimento.

As participantes continuaram a revelar melhorias significativas no desempenho do BCT, o que poderá indicar melhorias ao nível da condição física, nomeadamente na força muscular funcional, e diminuição do medo do movimento. Nesta fase os resultados obtidos a este nível poderão resultar então não só de uma maior predisposição para a realização do movimento, como também da própria melhoria das qualidades físicas.

Ao longo deste estudo foi possível confirmar gradualmente as suas proposições teóricas base, nomeadamente: que as crenças e atitudes dos utentes com DCL determinam e influenciam a sua condição física e nível de incapacidade, sendo que a sua modificação pode traduzir-se em melhorias dos níveis de incapacidade; e que a melhoria da condição física dos utentes com DCL, associada à modificação das suas crenças e atitudes, reduz a incapacidade.

Os resultados obtidos vão ao encontro das proposições teóricas anteriormente enunciadas, pois revelaram que à medida que as participantes alteravam a percepção relativamente à sua condição, melhoravam os níveis de funcionalidade e de condição física. Por outro lado, os resultados demonstraram também que a melhoria da condição física das participantes associada à evolução positiva das suas crenças e atitudes, conduzia a uma redução do nível de incapacidade.

De uma forma geral os resultados deste estudo de caso múltiplo, sustentam o Modelo de

Medo-evitamento do Movimento. No entanto, o comportamento de Berta parece não ser completamente explicado pelos pressupostos do referido Modelo. Isto porque, apesar de participante ter demonstrado comportamentos de medo evitamento, também evidenciou ciclos de elevada ou reduzida actividade. Esta é uma atitude comportamental denominada de Comportamento Supressivo, que caracteriza os utentes que lidam com a sua dor através de estratégias de sobrecarga (HANSENBRING *et al.* 1994; citado por VERBUNT, 2003).

Conclusão

Este estudo foi constituído por três fases distintas: uma primeira referente à *baseline*, uma segunda relativa à educação e exposição gradual ao movimento e ainda uma terceira na qual se adicionou à educação e exposição gradual movimento um programa direccionado para a condição física. As três fases em conjunto tiveram uma duração máxima de cerca de 12 semanas, enquanto que isoladamente cada uma teve um período de duração de cerca de um mês.

O presente estudo indicou aspectos relevantes no que diz respeito ao modo como o utente com DLC vivência a própria condição, tendo-se verificado que o excessivo medo do movimento que apresenta conduz a limitações funcionais severas, pois relaciona o aumento da função com um aumento da dor, despertando desta forma o medo.

Os resultados deste estudo revelaram que os medos das participantes decresceram quando gradualmente confrontados com o movimento, verificando-se uma melhoria na função, sem aumento da dor. Isto permite sugerir que o efeito terapêutico poderá ter acontecido quando as participantes compreenderam que as suas expectativas sobre a dor e o medo do movimento não eram verdadeiras.

Os resultados deste estudo permitiram verificar que inerentes à DCL encontram-se diversas alterações ao nível da condição física e que embora seja determinante para estes utentes a confrontação com os movimentos que despertam o medo, é fundamental que estes sejam submetidos a um programa especificamente direccionado para as qualidades físicas que se encontram alteradas.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem sugerir que uma abordagem centrada na educação, na exposição gradual ao movimento e na condição física proporciona diversas melhorias em utentes com DCL de origem não específica que apresentem elevados níveis de crenças, algum nível de incapacidade e estratégias de *coping* pouco eficazes. A abordagem proposta parece ser então uma alternativa efectiva no sentido de responder às necessidades específicas destes utentes.

Com a realização de um estudo de caso não se pretende generalizar resultados, o objectivo é obter o máximo de validade interna em detrimento da validade externa, pelo que o investigador deverá descrever a realidade em estudo de forma clara, reportando o mais objectivamente possível as reacções das participantes e ignorando os procedimentos referentes à validade externa.

Utilizaram-se várias estratégias de validação que permitiram assegurar o mais possível a consistência desta investigação. De modo a garantir o rigor da mesma e a credibilidade do processo de análise dos dados, recorreu-se à triangulação de múltiplos tipos de dados provenientes de diferentes fontes e à análise sistemática do processo de investigação. Tentou-se ainda assegurar o rigor desta investigação através do contacto prolongado dos investigadores com as participantes e a realidade em estudo.

Os resultados obtidos no decorrer deste estudo devem ser interpretados atendendo às seguintes observações, que apesar de não estarem directamente relacionadas com a validade interna do estudo parecem ser importantes referir.

O IIOOL demonstrou ser pouco sensível à evolução da capacidade funcional das participantes. Esta situação suporta a importância da monitorização constante do discurso das participantes face à sua condição, que poderá revelar aspectos invisíveis aos restantes instrumentos. Este é um aspecto pouco enfatizado até à data, mas que se reveste de extrema importância uma vez que contribui para a adequabilidade dos resultados obtidos.

Outro aspecto a ter em conta na análise dos resultados deste estudo foi o ambiente no qual foi realizado. Contrariamente aos restantes estudos nesta área este foi conduzido em contexto familiar e não em contexto clínico, o que poderá ter contribuído para que as participantes se tivessem sentido mais descontraídas, influenciando positivamente o seu desempenho ao longo de estudo.

Apesar de se tratar de um estudo de caso múltiplo baseado na análise transversal de três estudos de caso, poderá ter implicações para a prática clínica, pois sugere uma nova forma de abordagem mais completa e especificamente direccionada para esta condição.

São diversas as abordagens propostas para a intervenção em utentes com dor crónica lombar, no entanto, a sua grande maioria são empíricas e pouco efectivas (WADDELL, 2002, 2004). A abordagem biomédica tem-se revelado demasiado simplista na explicação e intervenção na DCL, enquanto que a biopsicossocial apresenta-se mais completa. De acordo com esta perspectiva, há um reconhecimento crescente de que as crenças e atitudes que o utente desenvolve face à sua condição são individuais e determinantes, quer na predeterminação do reajustamento psicológico, quer nos efeitos físicos da mesma (WADDELL, 2004). Daí que a inclusão de utentes com este tipo de crenças em programas de intervenção generalistas, ou mesmo em tratamentos de causa-efeito físico, corre o risco de ser ineficaz ou até mesmo levar ao agravamento da condição e dos níveis de dor, através do reenforço de estímulos potencialmente ameaçadores para os utentes.

Inerentes à DLC encontram-se alterações a nível cognitivo, funcional e da condição física. Até ao momento não existe nenhuma abordagem efectiva especificamente direccionada para estas características, pelo que o desenvolvimento de novas abordagens de intervenção deverá ir ao encontro da etiologia multifactorial da DLC, atendendo aos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais desta condição. Surge então uma proposta para uma nova abordagem que englobe simultaneamente a educação do utente, a sua confrontação com os movimentos e actividades que despertam o medo e um programa direccionado para a condição física.

Referências Bibliográficas

- ANDERSSON GBJ. Epidemiological Features of Chronic Low Back Pain. *Lancet*. Vol.354. 1999, pg.581-585.
- BOERSMA K. Lowering Fear-avoidance and enhancing function trough exposure in vivo: A multiple baseline study across six patients with back pain. *Pain*. Vol.108. 2004, pg. 8-16.
- BUER N, LINTON SJ. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in general population. *Pain*. Vol.99. 2002, pg. 85-491.
- CROMBEZ, G. *et al*. Fear of Pain is more disabling than pain itself. Evidence on the role of pain related fear in chronic low back pain disability. *Pain*. Vol. 80.1999, pg. 329-340.
- FELIPE *et al*. Contributo para a adaptação e validação de um instrumento de medida para a população portuguesa: Questionário para a avaliação da incapacidade em indivíduos com dor lombar. Monografia. Alcoitão. ESSA. 1999.
- GONÇALVES E, CRUZ E. Fidedignidade e Estrutura Interna da Versão Portuguesa do Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire. Projecto de Investigação III. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Área Disciplinar de Fisioterapia. 2004.
- GUIFFORD L. *Topical Issues in Pain 2*. CNS PRESS. 2000.
- GUZMÁN *et al*. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*. Vol.322. 2001. pg.1511-1516.
- KENDALL, N.; LINTON, S.; MAIN, C. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back: risk factors for long-term disability and work loss. Wellington, New Zealand: Accident Rehabilitation & compensation insurance corporation of New Zealand, and the National Health Committee, Ministry of Health. 1997.
- LINTON, SJ *et al*. Graded In Vivo Exposure Treatment for Fear-Avoidance Pain Patients with Functional Disability: A Case Study. *Behaviour and Research Therapy*. Vol. 31, nº 4. 2002.
- MAIN CJ, BOOKER CK. *The Nature of Psychological Factors*. In: Main CJ, Spanswick CC (eds) *Pain Management: An interdisciplinary approach*. Churchill Livingstone, Edinburgh ch. 2 p. 19. 2000
- MAIN CJ, BURTON AK. Economic and Occupational Influences on Pain and Disability. In: Main CJ, Spanswick CC (eds) *Pain Management: An interdisciplinary approach*. Edinburgh. Churchill Livingstone, p. 63. 2000.
- MERRIAM S. *Qualitative research and case study applications in education*. Sao Francisco, California. Jossey-Bass Publishers, 1998.
- NOONAN GB, DEAN E. Submaximal Exercise Testing: Clinical Application na Interpretation. *Physical Therapy*. Vol. 80,Nº8. 2000, pg. 782-807.
- POSNER JD *et al*. Physical Determinants of Independence in Mature Woman. *Arch Phys Rehabil*. Vol.36. 1995, pg. 373-380.
- SCHADLOCK. Central Pain Mechanisms: New horizon in Manual Therapy. *Australian Journal of Physiotherapy*. Vol. 45.1999, pg. 83-93.
- STAKE R. *Case studies in handbook of qualitative research*. 2ndedition. London, UK. Norman. Denzin, Y Lincoln. Sage Publications Inc. 2000.
- STROUD, MW *et al*. The Relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*; Vol. 84. 2000, pg. 347-352.
- STRONG, MW *et al*. The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain*, Vol 48. 2002, pg. 227-236.
- VLAEYEN JWS, CROMBEZ, G. fear of movement/re-injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Manual Therapy*. Vol. 4, nº 4. 1999, pg. 187-195.
- STROUD, MW *et al*. The relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients; *Pain*. Vol. 34. 2000, pg. 347-352.
-

- VLAYEN, JWS *et al.* Graded Exposure In Vivo in treatment of pain related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. Behaviour and Research Therapy; Vol. 39. 2001, pg. 151-166.
- VLAYEN, JWS *et al.* Treatment of Fear of Movement/(Re) injury in Chronic Low Back Pain: Further Evidence on the Effectiveness of Exposure In Vivo; The Clinical Journal of Pain, Vol.18. 2002, pg. 251-261.
- VAN TULDER MW, Koes BW, Bouter LM, Metsemakers JF. Management of chronic nonspecific low back pain in primary care: a descriptive study. Spine. Vol.1, nº22. 1997, pg.76-82.
- VAN TULDER, M.V.; OSTELO, R.; VLAEYEN, J.W.; LINTON, S.J.; MORLEY, S.J.; ASSENDELFT, W.J. Behavioural treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. Spine, Vol. 25, Nº 20. 2000, pp. 2688-99.
- VERBUNT, JA *et al.* Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. European journal of Pain, Vol.7. 2003, pg. 9-21.
- WADDELL, G; Keynote Address for Primary Care Forum – Low Back Pain: A Twentieth Century Health Care Enigma; Spine; vol.21, nº 24. 1996, pg. 2820-2825.
- WADELL, G. The Back Pain Revolution. 2ª Edição. United Kingdom: Churchill Livingstone. 2004.
- WADELL, G. The Back Pain Revolution. United Kingdom: Churchill Livingstone. 1998.
- WADDELL G *et al.* Fear Avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic back pain and disability. Pain., Vol. 52. 1993, pg.157-168.
- WALSH DA, RADCLIFFE JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. Pain. Vol. 97. 2002.



Reabilitação Cardíaca

Helena Silva*

* hsilva@ess.ips.pt

Introdução

No início do Sec. XX, os utentes acometidos por uma condição cardíaca aguda, especialmente de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) apresentavam uma grande perda de capacidade funcional, associada quer à condição cardíaca, como à imobilização prolongada a que os sujeitos eram submetidos (6 a 8 semanas) por indicação clínica, uma vez que a actividade física era entendida como potencial factor desencadeante de novos episódios ou associada ao agravamento da situação.

Por ocasião da alta hospitalar, os utentes apresentavam um descondicionamento físico significativo, que os limitava ou impedia de retomar as suas actividades familiares, sociais e profissionais (SBC, 2005).

Os **PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA (RC)** foram desenvolvidos com o propósito de auxiliar esses utentes a retomar as suas actividades diárias habituais e tiveram o seu início nos anos 60, quando começaram a ser documentados os benefícios da mobilização precoce e da deambulação em casos de hospitalização prolongada. O exercício era a componente central destes programas, iniciados por Herman Hellerstein e Nanette Wenger e, eram predominantemente oferecidos a sobreviventes de EAM sem complicações e iniciados não imediatamente ao episódio cardíaco. No entanto, existiam ainda muitos receios relativamente à segurança do exercício não supervisionado, o que conduziu ao desenvolvimento de programas de reabilitação altamente estruturados e supervisionados nos quais foram largamente investigados os benefícios e segurança do exercício de intensidade moderada (GIANNUZZI, P., *et al.*, 2003).

Simultaneamente, a segurança da mobilização precoce foi progressivamente sendo documentada, emergindo outros benefícios da mesma, nomeadamente, a diminuição da ansiedade e depressão, e aumento da capacidade funcional do utente no momento da alta (WENGER, N., *et al.*, 1995).

Nos anos 90 assistiu-se a uma confirmação dos benefícios de programas de Reabilitação Cardíaca com treino de intensidade

* Assistente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

moderada e ao alargamento do espectro de utentes elegíveis, nomeadamente, utentes submetidos a cirurgia ou angioplastia e utentes com isquémia residual, entre outros (WENGER, N., *et al.*, 1995).

A par do desenvolvimento de um novo conceito e modelo de saúde (modelo do CIF), novas alterações surgiram na estrutura e organização dos programas de RC, que começaram a basear-se no início precoce da reabilitação e nas necessidades do utente no sentido de promover a sua autonomia e responsabilização pela recuperação.

Devido aos avanços do conhecimento nesta área, mais utentes têm agora possibilidade de beneficiar destes programas, actualmente são marcados por uma intervenção multifactorial mais agressiva, nomeadamente ao nível da modificação dos factores de risco, com menor supervisão dos profissionais de saúde e com objectivos centrados na qualidade de vida do utente (GIANNUZZI, P., *et al.*, 2003;SBC, 2005).

Esta revisão da literatura tem como principal objectivo explorar a temática da Reabilitação Cardíaca com base na evidência científica desenvolvida a nível internacional, abordando a sua pertinência no contexto actual de saúde da sociedade portuguesa e internacional, público-alvo, tipo de programas existentes e seus resultados relativamente a diferentes parâmetros e por último analisar o custo-eficácia dos programas de RC.

Pretende-se deste modo dar uma visão geral acerca Reabilitação Cardíaca, que servirá de base a futuras publicações, onde será então explorado o ciclo de intervenção da Fisioterapia (avaliação, intervenção e resultados esperados) em cada uma das fases destes programas.

Dados epidemiológicos

As doenças cardiovasculares são actualmente um dos maiores problemas de saúde, onde se incluem a doença coronária ou isquémica do coração, o acidente vascular cerebral e outras formas de doenças circulatórias e cardíacas.

O sofrimento e os custos associados a este tipo de doenças, concederam-lhes uma marcada importância, sendo actualmente consideradas como autênticas doenças sociais, com génese e repercussões a este nível. O seu carácter multidimensional e as suas graves consequências para o cidadão, sociedade e sistemas de saúde, determina que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública a nível mundial (DGS, 2003b)

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1990, morreram mais pessoas por doença isquémica cardíaca do que de qualquer outra causa. Esta organização estima que por ano, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões ou 29,2% dos óbitos a nível mundial, dos quais 7,2 milhões são causados especificamente por doença isquémica cardíaca (OMS, s/ data-a,s/ data-b).

A nível nacional, segundo a Direcção Geral da Saúde (2004a) os dados estatísticos mais recentes referentes ao ano de 2003, indicam que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 37,6% dos óbitos registados em Portugal, sendo que 8.8% (9624 óbitos) foram

provocados especificamente por doença isquémica do coração (DIC).

Apesar de as doenças cardiovasculares serem a 1ª causa de morte em ambos os sexos e uma das principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos (DGS, 2004b) a situação torna-se ainda mais inquietante se considerarmos que 68,5 % da população portuguesa apresenta risco moderado e 24,3% risco elevado para as desenvolver (DGS, 2004b).

Este facto, conduziu a que em 2003, a DGS considerasse as doenças cardiovasculares um importante problema de saúde pública que "...obriga a que seja dada uma especial atenção à sua prevenção, bem como à adopção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução de riscos de contrair aquelas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento" (DGS, 2003a), bem como, "... a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência." (DGS, 2004b)

De facto, e apesar da mortalidade específica por doença isquémica cardíaca estar a diminuir em Portugal, isso não significa a existência de um menor número de casos, mas sim, um maior número de sobreviventes aos incidentes cardíacos. Ou seja, apesar de não existirem números concretos para a realidade portuguesa, a diminuição da taxa de mortalidade por doença isquémica parece não estar a ser acompanhada pela taxa de prevalência, que ao contrário, parece estar a aumentar, com todas as consequências que a mesma acarreta, quer ao nível pessoal, como sócio-económico.

Neste contexto, foi desenvolvido o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004a) que estabelece como uma das prioridades até 2010, o aumento da percentagem de referenciação de utentes após um episódio agudo de DIC a unidades de reabilitação de 3% para 30%, com vista a reduzir a percentagem de óbitos causados especificamente por doença isquémica do coração.

Reabilitação Cardíaca: um processo multifactorial

Actualmente considerada como uma intervenção multifactorial, enquadrada no modelo de saúde da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF), que visa limitar os efeitos adversos (fisiológicos e psicossociais) da disfunção cardíaca (WENGER, N., *et al.*, 1995), a RC é definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS como "o *somatório das actividades necessárias para influenciar favoravelmente a causa subjacente à doença cardiovascular, assim como assegurar aos utentes as melhores condições físicas, psicológicas e sociais, de forma a que os mesmos possam, através dos seus próprios esforços, preservar ou*

Doenças cardiovasculares

- ☑ 1ª causa de mortalidade em 2003, responsável por 37,6% dos óbitos ocorridos em Portugal;
- ☑ Uma das principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos;
- ☑ Cerca de 68,5% da população portuguesa apresenta risco moderado e 24,3% risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares.

retomar o seu papel, tão normal quanto possível, na sociedade" (OMS - EUROPA, G. R. P. A., 1993)

Relativamente à definição sugerida primariamente pela OMS em 1969, esta é uma definição mais ampla que além de incluir utentes com condições crónicas e não apenas sub-agudas, prevê como um dos objectivos da RC, não apenas a reabilitação de utentes, mas também a **prevenção secundária** (GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999).

Reabilitação Cardíaca

- ☑ Somatório das actividades necessárias para influenciar favoravelmente a causa subjacente à doença cardiovascular, assim como assegurar aos utentes as melhores condições físicas, psicológicas e sociais, de forma a que os mesmos possam, através dos seus próprios esforços, preservar ou retomar o seu papel, tão normal quanto possível, na sociedade

Neste sentido, a RC actualmente envolve a utilização do treino e da educação de forma estratégica para promover alterações comportamentais nomeadamente na cessação tabágica, realização de actividade física regular, adopção de hábitos alimentares saudáveis e no controlo da sintomatologia do utente que visam melhorar a funcionalidade do utente, aumentar a sua qualidade de vida, diminuir as limitações individuais e problemas de participação (GIANNUZZI, P., *et al.*, 2003;KNGF, 2003) e atrasar ou reverter a progressão da condição (GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999).

Os benefícios e efeitos preventivos da RC estão documentados na literatura e prendem-se com a redução da sintomatologia, melhoria na tolerância ao exercício e capacidade funcional, melhoria dos níveis lipídicos do sangue e perfil de risco global, redução dos hábitos tabágicos, melhoria do bem-estar psicossocial e gestão do stress, atenuação do processo aterosclerótico, redução da taxa de reincidência, do número de hospitalizações, e diminuição da morbilidade e da mortalidade total (GIANNUZZI, P., *et al.*, 2003).

A quem se destina a Reabilitação Cardíaca

Historicamente os candidatos a programas de RC são essencialmente utentes que sofrem enfarte do miocárdio (EAM) ou que são submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio (CAGB), no entanto, apesar de ser nestes em que a evidência é mais peremptória relativamente ao resultados, actualmente o espectro de utentes elegíveis para os programas de RC é bastante mais alargado.

Para os grupos acima referidos, a literatura é bastante coincidente ao referir que existem benefícios comprovados ao nível da mortalidade, morbilidade, qualidade de vida e na alteração de comportamentos de risco.

Como tal, estes utentes **deverão ser integrados** em programas de RC, independentemente da sua idade e género (GIANNUZZI, P., *et al.*, 2003;JOLLIFFE, J., *et al.*, 2001;LEON, A., *et al.*, 2005;SIGN, 2002;TAYLOR, R., *et al.*, 2004).

No caso de utentes com angina estável ou com insuficiência cardíaca crónica **deverá ser considerada** a sua integração em programas de RC, caso a sua sintomatologia seja limitada

e esteja controlada (REES, K., *et al.*, 2004;SIGN, 2002).

Para outros grupos de utentes, nomeadamente utentes submetidos a cirurgia valvular ou a transplantes cardíacos, utentes com patologia cardíaca congénita ou com *pace-makers* implantados, a literatura sugere a existência de benefícios mas, **não existe ainda evidência suficiente que suporte a sua indicação** para os programas de RC (KNGF, 2003;SIGN, 2002).

Apesar de um grande número de utentes poderem realizar programas de RC, existem também algumas contra-indicações à sua integração nestes programas (quadro 1). Caso ocorra sintomatologia descrita no quadro 1 durante a realização do programa de RC, este deverá ser suspenso até ser reavaliada a situação clínica do utente.

Público-alvo

- ☑ **Deverão ser integrados** em programas de RC utentes que sofreram EAM, que foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio (CABG) ou a angioplastia.
- ☑ **Deverá ser considerada** a integração em programas de RC de utentes com angina estável ou com insuficiência cardíaca crónica, caso a sintomatologia seja limitada e esteja controlada.
- ☑ **Não existe ainda evidência suficiente** que suporte a inclusão nos programas de RC de utentes submetidos a cirurgia valvular ou transplantes cardíacos, utentes com patologia cardíaca congénita ou com *pace-makers* implantados.
- ☑ **Os utentes idosos e as utentes do sexo feminino** não deverão ser discriminados relativamente a outros grupos de utentes quando tem indicação para realizar RC.

A equipa multidisciplinar de RC e o papel do Fisioterapeuta

O provimento de um programa de RC estruturado envolve a uma diversidade de competências profissionais. Tais competências ultrapassam geralmente as desempenhadas por um ou dois profissionais, pelo que é recomendado que os referidos programas sejam desenvolvidos com o apoio de uma equipa multidisciplinar, no qual deverá existir um coordenador, que tem por função estabelecer e manter uma comunicação efectiva entre todos os elementos da equipa (NZGG, 2002) que deverá trabalhar em conjunto, sendo que os interesses do utente desempenham um papel central na elaboração do programa. (KNGF, 2003).

Apesar de não existir um consenso face à constituição da equipa e nível de experiência da mesma, algumas das normas de orientação clínica (*guidelines*) consultadas referem que esta deverá ser constituída, no mínimo, por um médico (geralmente cardiologista), um fisioterapeuta, um psicólogo, um enfermeiro (KNGF, 2003), podendo ainda englobar profissionais de outras áreas nomeadamente nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico e assistente social (NZGG, 2002).

- Angina instável;
- Pressão sistólica em repouso superior a 180mmHg;
- Pressão diastólica de repouso superior a 110mmHg;
- Hipotensão ortostática com queda de pressão sistólica superior a 20mmHg;
- Estenose aórtica grave;
- Patologia sistêmica aguda ou febre;
- Arritmias não controladas;
- Frequência cardíaca em repouso acima dos 100bpm;
- Insuficiência cardíaca descompensada;
- Bloqueio auriculo-ventricular de grau 2 ou superior (sem pace-maker);
- Pericardite ou miocardite em actividade;
- Tromboembolismo ou embolismo recente;
- Trombose venosa profunda;
- ECG com desnivelamento do segmento ST superior a 2mm em repouso;
- Disfunções neuro-músculo-esqueléticas graves;
- Diabetes *mellitus* não controlado;
- Outras disfunções metabólicas.

Quadro 1. Contra-indicações para a integração em programas de RC ou indicações para a sua suspensão.

Esta equipa deverá ter formação e experiência em suporte básico de vida e contemplar profissionais com formação em suporte avançado de vida e durante a realização de uma sessão de reabilitação na fase II, deverão estar presentes pelo menos dois membros da equipa com experiência em suporte básico de vida, com um *ratio* máximo de 1 profissional para 5 a 10 utentes (KNGF, 2003;SIGN, 2002), sendo que o número máximo de utentes por sessão não deverá ultrapassar os 20 utentes (GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999).

O papel específico do Fisioterapeuta num programa de RC está relacionado obviamente com a funcionalidade do utente. De uma forma geral pode-se afirmar que a partir da avaliação subjectiva e objectiva, o fisioterapeuta analisa as capacidade e limitações funcionais do utente, os factores de risco influenciáveis (tabagismos, dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade, diabetes *mellitus*, depressão, *stress* e inactividade física) e elabora um programa de intervenção adequado, de forma a influenciar positivamente as capacidades funcionais do utente, optimizando assim a sua participação na sociedade (KNGF, 2003).

No entanto, em alguns países como o Reino Unido, as responsabilidades do Fisioterapeuta dentro da equipa multidisciplinar parece ainda não estar bem definido.

Neste contexto THOW e colaboradores (2004) desenvolveram um estudo de levantamento no Reino Unido com o objectivo de definir o papel específico do fisioterapeuta na RC. Estes autores concluíram que os fisioterapeutas neste país estavam envolvidos essencialmente na fase de ambulatório e que desempenhavam funções ao nível da estratificação do risco, prescrição e implementação de exercício.

Estes dados vão de encontro ao referenciado pela literatura australiana, onde é da responsabilidade do fisioterapeuta o desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de exercícios integrados na RC (GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999).

Fases da Reabilitação Cardíaca

A literatura e algumas das linhas orientadoras (*guidelines*) mais recentes sobre esta temática consideram existir 3 fases nos programas de RC de acordo com o contexto em que se desenvolve a intervenção e os seus resultados esperados (GASSNER, L., *et al.*, 2003;GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999;KNGF, 2003;NZGG, 2002;SIGN, 2002).

No entanto, observamos que na literatura originária de alguns países europeus, nomeadamente do Reino Unido, são consideradas quatro fases na RC, por diferenciarem o período ambulatório em 2 fases independentes (período pós alta imediato e período de exercício) (SIGN, 2002).

Para efeitos desta revisão, o modelo considerado será o que decompõe a RC em três fases, pelo que por razões de fluência e simplificação do texto, sempre que nos referirmos às fases da RC, estaremos a fase de internamento, fase de ambulatório e fase de manutenção, descritas de forma geral no quadro 2.

Importa no entanto referir que, independentemente do modelo adoptado (3 ou 4 fases), o objectivo geral de qualquer programa de RC é desenvolver intervenções centradas nas necessidades dos utentes com o objectivo principal de facilitar a recuperação do utente e prevenir novos episódios de doença cardíaca (prevenção secundária) (GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999;KNGF, 2003;NZGG, 2002;SIGN, 2002).

Assim, a RC deverá ser vista como um *continuum* através das fases I, II e III, desde a admissão do utente até ao período de *follow up* de longo-prazo. Isto requer uma grande coordenação do programa e integração de esforços dos cuidados de saúde primários e secundários (GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999;NZGG, 2002).

Fase I – Fase de internamento

Esta fase que tem vindo a reduzir a sua duração conseqüentemente à redução do número de dias de internamento, corresponde ao período de internamento do utente numa instituição hospitalar e deverá ser realizada individualmente, ou adicionalmente, em grupos de utentes.

Inicia-se geralmente com a admissão do utente (em casos cirúrgicos inclui o pré-operatório) e, caso não ocorram complicações, pode variar entre 6 e 12 dias dependendo da condição e tipo de intervenção a que o utente foi sujeito (enfarte do miocárdio, cirurgia de revascularização do miocárdio, etc.).

Na fase I, pode considerar-se a existência de 2 sub-fases, a aguda e a de mobilização, que pressupõem objectivos e resultados de intervenção diferentes.

Na sub-fase aguda que geralmente tem uma duração de 2 a 3 dias, pretende-se prevenir a ocorrência de complicações respiratórias (no caso de utentes de alto risco), monitorizar a remoção de secreções e a ventilação e se necessário intervir.

Na sub-fase de mobilização pretende-se reduzir a ansiedade do utente face à sua condição e patologia, aumentar a independência, confiança, e percepção de controlo do utente e reduzir o descondicionamento associado à imobilização, assegurando que o utente tem a funcionalidade requerida ao desempenho das suas actividades diárias.

Fase II – Fase de ambulatório

Esta fase deverá idealmente iniciar-se nas primeiras semanas (2 a 3 semanas) após alta hospitalar e pode prolongar-se por um período de 6 a 12 semanas. Desenvolve-se geralmente em regime de ambulatório, com supervisão de uma equipa multidisciplinar e varia no seu conteúdo, apesar de geralmente incluir módulos de intervenção individual e em grupo, que deverão contemplar a prescrição de exercício e sessões dirigidas à alteração de comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares.

O objectivo desta fase é ajudar o utente a adquirir o conhecimento e competências necessárias para a alteração de comportamentos e modificação de estilos de vida e optimização da sua capacidade aeróbia e funcional face às limitações impostas pela sua condição (se existentes), de forma a promover a sua reinserção na vida activa e participação na sociedade.

Fase III – Fase de manutenção

Esta fase poderá prolongar-se durante anos ou mesmo por toda a vida do utente e tem por objectivo a manutenção a longo prazo das capacidades e comportamentos desenvolvidos na fase II, focando-se assim na auto-regulação do utente e adopção de comportamentos saudáveis.

É realizada de forma autónoma pelo utente em centros especializados, ginásios, ao ar livre ou mesmo em casa, sem supervisão ou com supervisão mínima. O utente deve no entanto ser avaliado periodicamente pela equipa de RC.

Quadro 2. Contexto e duração das fases de RC (GASSNER, L., *et al.*, 2003;GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999;KNGF, 2003;NZGG, 2002;SIGN, 2002)

Evidência dos Programas de Reabilitação Cardíaca

Os principais objectivos gerais da RC são: a) prevenir as incapacidades resultantes da disfunção cardíaca, particularmente em utentes idosos ou naqueles cujas actividades habituais exigam esforço físico, e b) prevenir episódios cardiovasculares subsequentes, hospitalizações ou óbito por causas cardíacas (GIANNUZZI, P., *et al.*, 2003), estando assim subjacentes aos objectivos gerais da RC, objectivos específicos relacionados quer com a reabilitação funcional dos utentes, quer relacionados com a prevenção secundária.

Tipo de programas

Actualmente, as novas técnicas terapêuticas permitem que os utentes tenham alta hospitalar precoce, com um descondicionamento associado à imobilização mínimo (S.B.C., 2005). No entanto, o facto do período de internamento ter reduzido substancialmente condiciona o ensino adequado de competências requeridas à monitorização da actividade física e a utilização de todos os conteúdos educativos necessários à promoção de estilos de vida saudáveis, tão necessários em utentes com estas condições crónicas.

Segundo GIANNUZZI *et al.* (2003) e (FRANKLIN, B., *et al.*, 2002) existe evidência suficiente que fundamenta que a combinação de exercício regular com intervenções para alteração de estilos de vida e modificação de factores de risco, alteram favoravelmente o curso das patologias cardiovasculares.

Neste contexto, estes autores enfatizam a necessidade crescente de desenvolver programas estruturados de reabilitação em ambulatório, desenvolvidos em ambiente hospitalar, comunitário ou domiciliário, de forma a que os mesmos operem como serviços de prevenção secundária abrangentes e completos.

De facto, as normas de orientação clínica consultadas (GASSNER, L., *et al.*, 2003;GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999;KNGF, 2003;NZGG, 2002;SIGN, 2002) recomendam que todas as intervenções no âmbito da RC sejam integradas num processo abrangente e multifactorial de longa duração – **Comprehensive Cardiac Rehabilitation**.

Este tipo de intervenção multifactorial envolve geralmente avaliação médica (estratificação do risco clínico, avaliação de exames complementares de diagnóstico – ECG em associação à avaliação da capacidade funcional); o exercício (prescrição e implementação de programas estruturados e individuais); o suporte psicológico (avaliação do estado de ansiedade e/ou presença de depressão; e intervenção ao nível comportamental e psicológica; e a educação (centrada nas necessidades do utente, utilizando os princípios da aprendizagem adulta estabelecidos na literatura) (GIANNUZZI, P., *et al.*, 2003;GOBLE, A. e WORCESTER, M., 1999;KNGF, 2003;NZGG, 2002;REID, R., *et al.*, 2005;SIGN, 2002;TAYLOR, R., *et al.*, 2004).

Existe no entanto, outro tipo de intervenção no âmbito da RC que se baseia apenas no exercício, denominada na literatura como **Exercise-based Cardiac Rehabilitation** Este tipo de programa tem como pressuposto os efeitos do exercício aeróbio de longa duração a nível fisiológico (GASSNER, L., *et al.*, 2003;SBC, 2005), psicossocial e funcional (GASSNER, L., *et al.*, 2003) para

atingir os objectivos acima mencionados. Estes efeitos estão bem estabelecidos na literatura e são evidenciados no quadro 3.

Efeitos Fisiológicos (GASSNER, L., *et al.*, 2003;SBC, 2005)

- Remodelação ventricular esquerda;
- Melhoria da contractibilidade ventricular esquerda;
- Aumento do débito cardíaco;
- Diminuição da frequência cardíaca;
- Diminuição da percentagem de gordura corporal;
- Diminuição dos valores da tensão arterial;
- Diminuição dos níveis de triglicéridos e aumento do colesterol de alta densidade (HDL);
- Aumento do limite ventilatório anaeróbio;
- Aumento da potência aeróbia máxima.

Efeitos Psicossociais (SBC, 2005)

- Redução dos níveis de ansiedade e de depressão, da instabilidade emocional e de sintomatologia relacionada com o stress;
- Melhoria humor e aumento da vitalidade.

Efeitos Funcionais

- Aumento da tolerância ao esforço (GASSNER, L., *et al.*, 2003);
- Melhoria da qualidade de vida (SBC, 2000).

Quadro 3. Efeitos fisiológicos, psicossociais e funcionais do exercício

Face aos programas que contemplam apenas o exercício físico (*Exercise-based Cardiac Rehabilitation*), os que contemplam uma abordagem mais abrangente e multifactorial (*Comprehensive Cardiac Rehabilitation*) estão descritos como tendo também efeitos significativos ao nível da função psicológica, participação social, retorno à actividade profissional e redução dos factores e comportamentos de risco (SIGN, 2002).

Na tentativa de verificar qual destes dois tipos de programas de RC (*Exercise-base vs. Comprehensive Cardiac Rehabilitation*), era mais efectivo na redução da mortalidade destes utentes JOLLIFFE *et al.* (2001) realizaram uma revisão sistemática de RCT's publicados até ao ano de 1998 e verificaram que ambos os programas reduziram em cerca de 1/3 todas as causas de mortalidade, mas que não era claro qual dos dois tipos de programas era o mais benéfico. Estes autores referem ainda que a população estudada nesta revisão era predominantemente do sexo masculino, de meia-idade e com baixo risco.

Segundo a SIGN (2002) e GASSNER *et al.* (2003), o facto desta revisão sistemática não ter mostrado resultados acrescidos ou mais significativos associados aos programas de RC mais abrangentes pode dever-se a duas razões: **A**) à possibilidade de os programas descritos como contemplando apenas o exercício, incluírem também suporte psicológico e educacional, apesar deste não ser realizado de forma estruturada e formal; **B**) a maior parte dos estudos de programas baseados no exercício foram desenvolvidos na era pré-trombolítica) ao contrário dos correspondentes a programas abrangentes, que são mais recentes e já incluem este tipo de fármacos na intervenção.

Assim estes autores alertam que os resultados da revisão sistemática realizada por JOLLIFFE *et al.* (2001) podem não corresponder a realidade actual e que de facto, podem existir resultados adicionais e significativos associados à aplicação de programas de RC mais abrangentes.

No entanto, TAYLOR, R., *et al.* (2004) numa revisão sistemática e meta-análise de RCT's desenvolvida com o objectivo de comparar a efectividade de programas de RC baseados no exercício face aos os cuidados habituais (cuidados médicos), concluíram que a RC baseada no exercício estava associada a uma diminuição da taxa de mortalidade total e da mortalidade associada a eventos cardíacos comparativamente aos cuidados médicos. Os parâmetros relacionados com a qualidade de vida melhoram em ambas as intervenções, não tendo existido diferenças significativas a este nível. Estes autores, realizaram ainda uma análise de subgrupos e verificaram que as taxas de mortalidade não diferiam quando comparados programas baseados no exercício ou em programas de RC que incluíam intervenções mais abrangentes ou entre os estudos publicados anterior ou posteriormente a 1995.

Este estudo parece corroborar as conclusões descritas por JOLLIFFE em 2001, eliminando a hipótese **B** de viés levantado pela SIGN (2002), ao comparar os estudos realizados antes e após 1995. No entanto, a hipótese **A** não deve ser colocada de parte, uma vez que a mesma dúvida persiste ao analisarmos a meta-análise desenvolvida por TAYLOR, R., *et al.* (2004).

Mais recentemente, foi desenvolvida uma meta-análise de RCT's (CLARK, A., *et al.*, 2005) com o objectivo de determinar a efectividade de vários programas de prevenção secundária (não de RC) na redução do *ratio* de risco de mortalidade e noutros parâmetros como a qualidade de vida e estado funcional em utentes com doença coronária.

Os autores comparam programas que contemplavam: a) educação/aconselhamento sobre factores de risco associado a uma componente de exercício; b) educação/aconselhamento sobre factores de risco sem a uma componente de exercício; e c) somente exercício físico. Esta meta-análise conclui que todos eles melhoravam significativamente os resultados de

saúde - redução do *ratio* de risco de mortalidade, melhoria da qualidade de vida e estado funcional - sendo que, o tamanho do efeito produzido nos últimos dois parâmetros foi reduzido.

Esta meta-análise levanta-nos mais uma vez a dúvida (com as devidas ressalvas face à população em questão) se existem realmente diferenças significativas nos resultados produzidos pela implementação de programas abrangentes e multifactoriais ou baseados apenas no exercício.

Duração dos programas

A duração dos programas de RC é ainda muito variável, sendo que esta variabilidade pode atingir diferenças de semanas, meses e até mesmo, anos (REID, R., *et al.*, 2005).

A participação em programas de 12 semanas mostrou alterações positivas em parâmetros relacionados com a qualidade de vida dos utentes, factores de risco cardíacos e na capacidade cardio-respiratória (MORRIN, L., BLACK, R. e REID R., 2000 cit. por REID, R., *et al.*, 2005). No entanto tem sido sugerido na literatura que o prolongamento do contacto com o utente poderá melhorar os resultados da RC. Este prolongamento permitiria mais tempo para estabelecer e consolidar os novos padrões de estilo de vida, dirigir mais a intervenção às necessidades dos utentes e maximizar a intervenção médica com a utilização de fármacos para redução dos factores de risco (BRUBAKER, P., *et al.*, 1996 cit. por REID, R., *et al.*, 2005).

Para testar esta hipótese, REID e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo experimental (RCT) que comparou um programa de RC “convencional” (33 sessões em 3 meses) com um programa de RC “distribuído” (33 sessões em 12 meses), relativamente a variáveis de exercício, factores de risco, qualidade de vida, sintomas depressivos e custos directos para o sistema de saúde.

Verificaram que ambos os programas (convencional vs. distribuído) influenciaram positivamente todos os parâmetros avaliados, com uma diferença de custos não significativa. No follow-up aos 12 e 24 meses, não se observaram diferenças significativas para todos os parâmetros, à excepção da pressão arterial e do índice de massa corporal, que pioraram com a finalização dos programas.

Relativamente à duração dos programas, este foi o único estudo encontrado, pelo que é óbvia a falta de literatura face a este factor que, além de ter possíveis efeitos ao nível de variáveis físicas, psicossociais e funcionais, pode ter uma influência directa na adesão e abandono do programa de RC.

Contexto de intervenção

Os programas de RC, e em especial a Fase II podem ser desenvolvidos com maior ou menor supervisão da equipa disciplinar e em diferentes contextos, nomeadamente a nível hospitalar, comunitário e domiciliário.

É a este nível que na última década se produziu maior quantidade de investigação, na tentativa

de comparar a efectividade dos programas domiciliários com os comunitários e hospitalares, uma vez que programas realizados no contexto domiciliário poderão acarretar menores custos para os sistemas de saúde, evitar a institucionalização ou deslocação do utente, melhorar a adesão dos utentes aos programas de RC e reduzir a taxa de abandono dos mesmos (DAFOE, W. e HUSTON, P., 1997;FRANKLIN, B., *et al.*, 2002;JOLLY, K., *et al.*, 2005;SINCLAIR, A., *et al.*, 2005).

Neste âmbito, foram conduzidos dois estudos (RCT's) cuja amostra era constituída por utentes pós-EAM (MARCHIONNI, N., *et al.*, 2003) e por utentes pós-cirurgia cardíaca (SMITH, K., *et al.*, 2004) com o propósito de verificar a efectividade de programas de RC desenvolvidos em ambiente domiciliário comparando-os a uma intervenção realizada em ambiente hospitalar. Ambos os estudos contemplavam um *follow-up* de 12 meses.

Estes estudos concluíram que os programas domiciliários estão associados a resultados (melhoria na capacidade de trabalho total e qualidade de vida; manutenção das mudanças físicas e psicológicas) mais prolongados no tempo, e que são indicados principalmente para utentes idosos de baixo risco.

MARCHIONNI e colaboradores (2003) referem ainda que este tipo de programas apresenta também menores custos, pelo que poderá ser considerada a intervenção de eleição nestes utentes.

Outros benefícios poderão também estar associados a estes programas, como refere SINCLAIR e colaboradores (2005), que compara os programas domiciliários com os cuidados médicos habituais e conclui que nos utentes idosos, os programas domiciliários podem melhorar a confiança, auto-estima e readmissões hospitalares.

JOLLY e colaboradores (2005) realizaram recentemente uma revisão sistemática e meta-análise de RCT's com o objectivo de determinar a efectividade dos programas domiciliários de RC comparando com: a) cuidados médicos habituais e com b) programas comunitários supervisionados, em parâmetros como a mortalidade, qualidade de vida e factores de risco modificáveis de utentes com doença coronária.

Nos estudos analisados foi observado que: a) comparados com os cuidados médicos habituais, os programas domiciliários demonstraram benefícios mais significativos ao nível da redução de vários factores de risco modificáveis (pressão arterial sistólica, tabagismos, colesterolémia), nos níveis de ansiedade e depressão e, melhoria da capacidade física. Entre os programas domiciliários e os comunitários, não se observaram diferenças significativas nos parâmetros avaliados.

Estes autores concluíram que a evidência actual não mostra que os programas domiciliários produzam resultados inferiores aos comunitários, mas que são necessários mais estudos que contribuam para o debate sobre a efectividade e custo-efectividade dos programas domiciliários de RC.

Nesta perspectiva, caso venha a ser confirmados os dados desta revisão sistemática, a RC em

contexto domiciliário poderá ter inúmeras vantagens, quer para o utente, como para os sistemas de saúde, que vêm reduzidos os seus custos. No entanto, também a falta de evidência, principalmente no que diz respeito ao custo-eficácia destes programas, compromete a sua implementação, principalmente em utentes idosos de baixo risco.

Custo-Eficácia dos programas de RC

A identificação dos recursos mais eficazes na prestação de cuidados de saúde é um dos grandes desafios de qualquer sistema de saúde. A avaliação económica de intervenções ou programas constitui actualmente uma poderosa ferramenta que fornece aos gestores e prestadores de cuidados de saúde uma descrição da relação entre os benefícios, potenciais malefícios e custos de cuidados de saúde (intervenções ou programas) alternativos, permitindo-lhes a tomada de decisões racionais acerca dos cuidados de saúde mais efectivos e eficazes (OLDRIDGE, N., 1998).

Apesar da RC ter vindo a ser confirmada como uma intervenção efectiva para utentes com doença cardíaca, a avaliação económica necessária para determinar a sua eficiência é limitada (OLDRIDGE, N., 1998; PAPADAKIS, S., *et al.*, 2005).

Segundo TAYLOR e KIRBY (1997) a variabilidade dos componentes dos programas de RC dificulta o estabelecimento da respectiva relação custo-eficácia, apesar da literatura referenciar uma redução significativa do número de re-internamentos em instituições hospitalares e de permitir um regresso ao trabalho mais precoce.

Um estudo desenvolvido por YU e colaboradores (2004) como objectivo de avaliar custo-eficácia de um programa abrangente de RC (8 semanas) e o seu efeito a longo prazo na qualidade de vida em utentes com EAM recente, concluiu que este programa apresentava uma relação custo-eficácia muito boa no aumento da qualidade de vida dos utentes.

Recentemente PAPADAKIS e colaboradores (2005) avaliaram a literatura existente sobre o impacto económico da RC e concluíram que a evidência suporta o custo-eficácia de programas de RC supervisionados face à intervenção médica habitual, referindo, no entanto que a qualidade dos estudos económicos sobre esta temática é pobre e que são necessários estudos de melhor qualidade para atestar estas conclusões em utentes de vários grupos e a realizarem RC em diferentes contextos.

Nesta sequência e face ao que foi verificado através da análise da literatura, mais umas questões se levantam:

- Face a programas que envolvem uma variedade de recursos e profissionais e que aparentemente teriam custos elevados, não seria imperioso que existisse já evidência mais explícita neste âmbito?
- Nos actuais sistemas de saúde, que cada vez mais exigem um controlo de custos e demonstração de resultados, não deveriam todos os estudos sobre RC ou sobre outras intervenções, demonstrar o seu custo-benefício?

Conclusão

Com a tendência crescente da incidência das disfunções cardíacas e incapacidade, sofrimento e custos que as mesmas acarretam, a Reabilitação Cardíaca assume-se assim como a intervenção de eleição nestas condições, dado existir evidência que face à intervenção habitual (médica) esta produz benefícios mais marcados e prolongados e é custo-efectiva.

A Reabilitação Cardíaca é definida como um processo multifactorial enquadrada no modelo de saúde da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF), visa limitar os efeitos adversos da disfunção cardíaca e influenciar favoravelmente a(s) causa(s) subjacentes à mesma, de forma a que através dos próprios esforços do utente, ele possa preservar ou retomar o seu papel na sociedade.

Este tipo de intervenção é desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, onde se insere o Fisioterapeuta, que a partir da avaliação subjectiva e objectiva, elabora um programa de intervenção adequado, que envolve a prescrição e implementação de exercício, de forma a influenciar positivamente as capacidades funcionais do utente, optimizando assim a sua participação na sociedade

No entanto, a evidência existente acerca da sua efectividade em alguns grupos de utentes é escassa (i.e. utentes submetidos a cirurgia valvular ou transplantes cardíacos, utentes com patologia cardíaca congénita ou com *pace-makers* implantados) ou ainda não é clara (utentes com angina estável ou com insuficiência cardíaca crónica), pelo que a sua integração nos programas de Reabilitação Cardíaca poderá ser considerada, mas com algumas reticências. Além disso, a literatura mostra ainda que é evidente a existência de lacunas e ambiguidades sobre a implementação da Reabilitação Cardíaca, mais especificamente sobre o tipo de programas, contexto de implementação e custo-eficácia da mesma, sendo que a maioria das revisões sistemáticas analisadas apontam como principais causas para a existência das mesmas, a escassez de literatura e a baixa qualidade metodológica de alguns dos estudos realizados.

Neste contexto, e face ao estado actual da evidência, será pertinente identificar as tendências internacionais em termos de investigação nesta área, que na nossa opinião estarão relacionadas com três áreas específicas. São elas:

Efectividade da Reabilitação Cardíaca

É essencial investigação que comprove a efectividade da reabilitação cardíaca em parâmetros não fisiológicos, que compare a efectividade de diferentes tipos de programas (*Comprehensive Cardiac Rehabilitation* vs. *Exercise-based Cardiac Rehabilitation*), realizados em diferentes contextos (contexto hospitalar vs. comunitário vs. domiciliário) e especialmente em diferentes grupos de utentes, independentemente da sua idade e sexo;

1. Efeitos isolados dos componentes dos programas de Reabilitação Cardíaca

É necessária investigação adicional que indique as contribuições isoladas dos componentes de exercício e de intervenção comportamental, quer ao nível dos seus efeitos ao nível dos mecanismos fisiopatológicos das condições cardíacas, como do seu impacto isolado na recorrência de eventos cardíacos, na evolução física, psicossocial, funcional e qualidade de vida;

2. Custo-eficácia dos programas de Reabilitação Cardíaca

Apesar de serem poucos os estudos que examinaram esta questão, existem fortes indícios de que existe uma boa relação custo/eficácia na implementação de programas de RC. No entanto, em resposta às crescentes exigências dos actuais sistemas de saúde, é necessário fortalecer a evidência neste ponto, investigando a relação custo-eficácia associada a diferentes tipos de programas, em termos de capacidade funcional, auto-eficácia, modificação dos factores de risco, adesão a longo-prazo, taxas de re-internamento e qualidade de vida.

Desta forma, conclui-se esta revisão que, tal como referido no início, tinha por objectivo explorar a temática da Reabilitação Cardíaca e a sua pertinência no contexto actual de saúde, tendo por base a evidência desenvolvida a nível internacional, bem como, auxiliar o leitor a compreender a implementação dos programas de reabilitação cardíaca, que será explorada em publicações futuras, onde será analisado o ciclo de intervenção da fisioterapia (avaliação, intervenção e resultados esperados) em cada uma das fases dos programas de Reabilitação Cardíaca.

Referências Bibliográficas

- CLARK, A., *et al.* Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine*, (2005) 143 pp. 659-672
- DAFOE, W. e HUSTON, P. Current trends in cardiac rehabilitation. *Canadian Medical Association Journal*, (1997) 156 pp. 527-532
- DGS. Plano de Acção para a Saúde. *Direcção Geral da Saúde*, (2003a) pp.
- DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. *DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE*, (2003b). Retirado de <http://www.dgsaude.pt/>.
- DGS. Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Vol. I - Prioridades. *DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE*, (2004a). Retirado de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007331.pdf>.
- DGS. Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Vol. II - Orientações Estratégicas. *DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE*, (2004b). Retirado de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf.
- EUROPA, G. R. P. A. Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD. *Organização Mundial de Saúde*, (1993) pp. 1-15.
- FRANKLIN, B., *et al.* Effects of a contemporary, exercise-based rehabilitation and cardiovascular risk reduction program on coronary patients with abnormal baseline risk factors. *Chest*, (2002) 122 pp. 338-343
- GASSNER, L., *et al.* Aerobic exercise and the post myocardial infarction patient: A review of the literature. *Heart & Lung*, (2003) 32 pp. 258-265
- GIANNUZZI, P., *et al.* Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society

- of Cardiology. European Heart Journal, (2003) 24 pp. 1273-1278
- GOBLE, A. e WORCESTER, M. Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary Prevention. Heart Research Centre, (1999) pp. 1-238.
- JOLLIFFE, J., *et al.* Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (2001) 1 pp.
- JOLLY, K., *et al.* Home-based cardiac rehabilitation compared with centre-based rehabilitation and usual care: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Cardiology, (2005) *in press* pp. 9
- KNGF. Guidelines for physical therapy in cardiac rehabilitation. (2003) pp. 1-57.
- LEON, A., *et al.* Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. American Heart Association Scientific Statement. Circulation, (2005) 111 pp. 369-376
- MARCHIONNI, N., *et al.* Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after Myocardial Infarction: Results of a randomized controlled trial. Circulation, (2003) 107 pp. 2201-2206
- NZGG. Cardiac rehabilitation: Best practice evidence-based guideline. Heart Foundation - New Zealand Guidelines Group, (2002) pp. 1-163.
- OLDRIDGE, N. Comprehensive cardiac rehabilitation: is it cost-effective? European Heart Journal, (1998) 19 Suplemento O pp. O42-59
- OMS. Mortalidade desde 1990. Organização Mundial de Saúde, (s/ data-a). Retirado de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_14_deathHD.pdf.
- OMS. Mortalidade por doenças cardiovasculares. Organização Mundial de Saúde, (s/ data-b). Retirado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>.
- PAPADAKIS, S., *et al.* Economic evaluation of cardiac rehabilitation: A systematic review. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, (2005) 12 pp. 513-520
- REES, K., *et al.* Exercise based rehabilitation for heart failure. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (2004) 3 pp.
- REID, R., *et al.* Impact of program duration and contact frequency on efficacy and cost of cardiac rehabilitation: Results of a randomized trial. American Heart Journal, (2005) 149 pp. 862-868
- S.B.C. Diretriz de reabilitação cardíaca. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, (2005) 84 pp. 432-440
- SBC. Diretriz da sociedade brasileira de cardiologia para tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, (2000) 74 pp. 39-46
- SBC. Diretriz de reabilitação cardíaca. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, (2005) 84 pp. 432-440
- SIGN. Cardiac rehabilitation: A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2002) pp. 1-32.
- SINCLAIR, A., *et al.* Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomised controlled trial. Age and Ageing, (2005) 34 pp. 338-343
- SMITH, K., *et al.* Differences in sustainability of exercise and health-related quality of life outcomes following home or hospital-based cardiac rehabilitation. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, (2004) 11 pp. 313-319
- TAYLOR, R., *et al.* Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. American Journal of Medicine, (2004) 116 pp.
- TAYLOR, R. e KIRBY, B. The evidence base for cost effectiveness of cardiac rehabilitation. Heart, (1997) 78 pp. 5-6

THOW, M., *et al.* A United Kingdom survey of physiotherapists involvement in cardiac rehabilitation and their perceived skills and attributes. *Physiotherapy*, (2004) 90 pp. 97-102

WENGER, N., *et al.* Cardiac Rehabilitation as Secondary Prevention. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians. *AHCPR*, (1995) pp.

YU, C., *et al.* A short course of cardiac rehabilitation program is highly cost effective in improving long-term quality of life in patients with recent Myocardial Infarction or Percutaneous coronary intervention. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, (2004) 85 pp. 1915-1922

Portefólio Profissional

Um Instrumento para o Desenvolvimento Profissional contínuo

Carla Pereira *; Eduardo Cruz **; Aldina Lucena ***

* cpereira@ess.ips.pt; ** ecruz@ess.ips.pt; *** alucena@ess.ips.pt

INTRODUÇÃO

Gerir a vida, a aprendizagem e o trabalho tem sido sempre considerado importante ao longo dos tempos, porém, desde a última década, tornou-se particularmente evidente a mudança a esses vários níveis. Esta surge influenciada por inúmeros factores de natureza sociológica e epistemológica¹, que reflectem a sociedade actual, e a evolução tão acelerada, profunda e global que a tem marcado.

Nesta sociedade tão dinâmica, que centra o seu desenvolvimento no conhecimento científico e tecnológico, que se caracteriza pela necessidade constante de actualização de competências e importância dada às decisões/ escolhas individuais e participação social, as mudanças sentidas reflectem-se naturalmente nos padrões de trabalho. Os trabalhos considerados “*para a vida*” começam a ser substituídos por formas mais dinâmicas de trabalhar, exigindo um papel mais activo por parte das pessoas na construção e desenvolvimento das suas próprias carreiras (HAINES, SCOTT & LINCOLN, 2006).

As pessoas têm cada vez mais consciência da necessidade de equilibrar a sua vida, por todas as mudanças que surgem a todos os instantes, pela sua velocidade de mudança e cada vez maior dificuldade de compreensão acerca dos tradicionais limites entre o trabalho e a vida. No passado, tomar decisões profissionais era considerado



* Assistente da Escola Superior da Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

** Professor Adjunto da Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

*** Assistente da Escola Superior da Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

¹ Tem-se verificado, ao longo do tempo, uma evolução considerável sobre a forma como encaramos o conhecimento, a sua concepção, a qual demarca vincadamente o estilo de aprendizagem predominante para a sua aquisição e desenvolvimento.

relativamente linear e traduziam-se frequentemente em opções únicas na carreira da pessoa (“one-and-only career choice”), no entanto, as tradicionais abordagens e orientações profissionais não se coadunam com a nova economia, com o actual contexto sócio-económico e político e conseqüente impacto na sua forma de estar, na vida e no trabalho.

A actividade profissional já não é caracterizada por um conjunto de tarefas nem a carreira profissional assumida como um processo vertical de evolução numa mesma organização (McMAHON, PATTON & TATHAM, 2006). Cada vez mais a carreira integra a vida, a aprendizagem e o trabalho, reflectindo a sua indissociável relação (HAINES, SCOTT & LINCOLN, 2006).

As competências, atitudes e conhecimento necessários para tomar decisões e determinar o que constitui sucesso em determinados contextos mudaram, sendo cada vez mais importante a capacidade das pessoas demonstrarem características como flexibilidade, reflexão e adaptação pessoal a novas situações, iniciativa, adaptabilidade, criatividade e colaboração nos diferentes contextos de actuação. Espera-se dos profissionais competências cada vez mais sofisticadas e complexas, conhecimentos especializados e actualizados, lidando com a mutabilidade e versatilidade do saber no exercício eficiente da profissão, realizando-o através da sua auto-aprendizagem (capacidade para se auto-educar, para pensar por si próprio, tomar iniciativas e auto-modificar-se), devendo avaliar as suas dificuldades e necessidades, definindo os seus próprios objectivos de desenvolvimento e aprendizagem.

Estar sempre a aprender e fazendo-o de forma autónoma (autodirigida) é uma capacidade que se torna cada vez mais indispensável nos dias de hoje, o que se traduz numa maior responsabilidade e necessidade de gerir as competências profissionais e pessoais (ZEE, 1996). Também, têm-se reflectido, pela preocupação patente na educação e desenvolvimento da investigação, e na sua relação com a sua prática clínica, para um desenvolvimento estruturado e sistematizado da Fisioterapia. Traduz-se pelo reconhecimento do trabalho para uma **autonomia profissional**, resultado dum investimento no desenvolvimento do conhecimento e competências profissionais especializadas (CSP, 2001).

Daí que, na nossa sociedade, na sociedade dita de aprendizagem, se valorize cada vez mais a **aprendizagem ao longo da vida** (*lifelong learning*), sendo considerada uma das maiores competências exigida no século XXI. É cada vez mais imperativa a capacidade de adaptação às mudanças e desafios dos dias de hoje, e o nosso desenvolvimento profissional numa aprendizagem que deverá destacar-se não apenas pelo que aprendemos, mas principalmente, pela **forma como aprendemos**.

Deste modo, este artigo pretende contribuir para a reflexão acerca do seu desenvolvimento profissional contínuo, em função das competências que esperam e espera de si próprio,

“O pensamento socialmente mais útil para aprender no mundo moderno é o processo de aprendizagem, a abertura contínua para a experiência, a integração em nós próprios do processo de mudança”

(KNOWLES, 1990, p.185)

analisando-se, por isso, um instrumento que facilita a sua evidência e planeamento - o **portefólio**.

1. O que é Desenvolvimento Profissional Contínuo?

Consideramos, em primeira análise, a necessidade de reflectir acerca do significado do conceito de Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC), surgindo algumas questões como, será que é um conceito ao qual tem sido atribuído o mesmo significado ao longo dos anos? porque se destaca actualmente? existe uma maior necessidade em manter uma aprendizagem contínua? O que mudou?, cujas respostas não simples e lineares para cada um mas que, de uma forma global, se tornam essenciais para a compreensão do passado e para um planeamento adequado do seu crescimento.

O desenvolvimento profissional contínuo (DPC) é o processo educativo que assegura que mantém, melhora e desenvolve as suas competências profissionais, traduzindo um processo que, pela sua natureza, é único, fluido, criativo e individual. Inclui toda a actividade de aprendizagem e desenvolvimento que realiza para melhorar o seu desempenho e a empregabilidade ao longo da vida, estabelecendo objectivos de aprendizagem que vão de encontro às necessidades dos utentes, da instituição e a objectivos pessoais (CSP, 2001).

O DPC é uma responsabilidade individual e colectiva, o que significa que cada um de nós têm a responsabilidade de assegurar que mantemos e melhoramos a nossa prática, através do desenvolvimento profissional (REDECKOPP, DAY & ROBB, 1995), num ciclo sistemático de planeamento, análise, acção e revisão (CSP, 2001).

“Com uma boa gestão da aprendizagem e do trabalho, as pessoas são capazes de tomar decisões produtivas e mover-se para a construção dos seus futuros desejados”

(PATTON, 2001, p.14)

Manter o registo da sua aprendizagem e da sua prática num portefólio fornece evidência do seu desenvolvimento. E, então, o que é um Portefólio, o que significa desenvolver um portefólio?

2. O que é um Portefólio?

Um Portefólio é um instrumento de reflexão e avaliação que o ajuda no seu desenvolvimento profissional contínuo. É um documento que organiza a sua aprendizagem, facilita a sua reflexão, estrutura a aprendizagem futura, ajudando a definir o seu perfil profissional.

Um portefólio é um registo individual da evidência que demonstra que está a aprender e a desenvolver-se. Nesse sentido, é mais do que um instrumento de registo, é uma forma de

avaliar o seu conhecimento e competências actuais, identificar objectivos, reflectir e avaliar a sua aprendizagem, que afecta a sua prática. Tem, igualmente, outra função importante que é a de ser entendido como um instrumento para planear as aprendizagens futuras.

Como é referido por Haines e colaboradores (2006), um portefólio, nas suas inúmeras formas, representa um **processo** de desenvolvimento e dinamismo, com uma recolha individual de evidência que demonstra um percurso continuado de aquisição de competências, conhecimento, compreensão/ reflexão, atitudes e resultados; e pode representar, igualmente, um **produto**, que revela o sucesso no desafiador mundo do trabalho.

Como o próprio nome indica, *port* na sua origem do latim significa transportar, levar, sendo que no contexto do portefólio revela a possibilidade de manuseio e gestão de competências. Por sua vez, *folio* (do latim *foglio*, que significa folha) refere-se a documentos, fotos, vídeos, cd's, de entre todo o tipo de artefactos que demonstrem competências, reflectindo no portefólio o produto do seu desenvolvimento, numa forma de comunicar os seus resultados com os outros.

Como processo, o portefólio consiste num modelo que orienta o desenvolvimento profissional, incluindo uma auto-avaliação, definição de objectivos, interpretação e compreensão de actuações em diversos momentos, envolvendo reflexão e análise. Proporciona uma orientação para futuras acções, devendo, por isso, ser sublinhadas quaisquer modificações, motivadas pela reflexão acerca da sua prática, por aquilo que leu na literatura, pela avaliação de colegas, julgamento de utentes, pela investigação que tenha desenvolvido, ou pela sua participação em programas ou cursos de desenvolvimento profissional.

Como é mencionado por várias pessoas que iniciaram o seu portefólio: “ajudou-me a criar a minha voz, a compreender quem sou e onde quero ir” (Estudante, p.36, cit. por SÁ-CHAVES, 2005) e “aprendeu-se a transformar o acto natural de pensar em reflexão consciente e estruturada que desenvolve profissionalmente e faz crescer a pessoa” (Profissional, p.79, cit. por SÁ-CHAVES, 2005), reflectindo o contributo que este instrumento pode dar no seu desenvolvimento, na forma como planeia o seu trajecto profissional e pessoal.

“O Portefólio... mede crescimento ao longo do tempo”

(PERRY, 2006, p.81)

3. Porquê desenvolver um Portefólio?

O conceito de portefólio tem recentemente transformado o pensamento acerca do trabalho, na forma como tem sido vivenciado nas duas últimas décadas, relativizando-se o emprego ou a ocupação por si, e valorizando-se cada vez mais as competências individuais que são adquiridas pela pessoa (HAINES *et al.*, 2006). A considerada “jornada” profissional começa a

ser entendida como um portefólio e as instituições de formação como um local que facilita a compilação de competências profissionais úteis para os variados papéis que terá de exercer ao longo da vida.

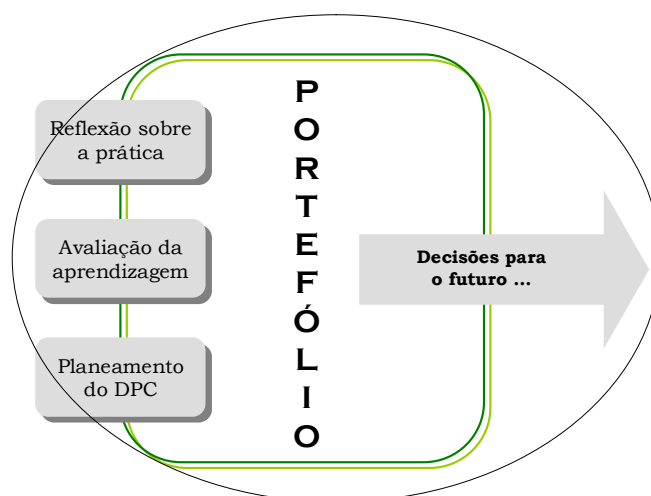
Assim, procurando responder à questão e assumindo que o portefólio profissional pode ser desenvolvido por inúmeras razões, destaca-se o seu potencial para (CSP, 2005a; HAINES *et al.*, 2006; SÁ-CHAVES, 2005):

- 1) avaliar o seu conhecimento e as suas competências actuais, identificando as áreas de competência que apresenta e aquelas que considera necessitar desenvolver para melhorar a sua prática;
- 2) ajudar a tomar decisões, identificando e estabelecendo objectivos para se tornar mais efectivo;
- 3) organizar, planear e registar a sua aprendizagem, de acordo com estratégias que considera contribuir para o sucesso dos seus objectivos;
- 4) facilitar a reflexão acerca da sua prática;
- 5) registar o seu desenvolvimento profissional e experiência, facilitando a avaliação do impacto da aprendizagem na sua prática.

O portefólio é, essencialmente, um instrumento que facilita a sua reflexão acerca dos seus objectivos. A reflexão é essencial para manter e desenvolver competências para o exercício da profissão, em particular quando pensa activamente nas suas experiências (o quê, em que contexto, como e porquê), e quando identifica as suas necessidades de aprendizagem e formula os seus planos de aprendizagem.

Neste sentido, o portefólio documenta o seu progresso, fornecendo evidência acerca do seu crescimento nas áreas chave de competência, identifica o seu estilo, promove o diálogo com os colegas e gera ideias para o desenvolvimento de novos tópicos de aprendizagem.

À medida que for mudando ao longo do tempo, nova informação deve reflectir o portefólio, nomeadamente, acerca de si próprio,



do contexto profissional, e dos seus objectivos de vida, aprendizagem e trabalho. Deste modo, o portefólio irá ajudá-lo continuamente a gerir o DPC, facilitando o planeamento e alcance de novas competências necessárias para melhorar a sua prática profissional ao longo da vida.

Na actualidade, o uso do portefólio profissional para procurar trabalho têm-se tornado cada vez mais frequente, consistindo num bom instrumento para suportar e evidenciar as competências. Também, as entidades empregadoras tendem a demonstrar maior interesse nas competências demonstradas prospectivamente pela pessoa, em detrimento de considerarem apenas as qualificações académicas e experiência anterior (HAINES *et al.*, 2006).

Algumas associações, como a *Chartered Society of Physiotherapy* (CSP), têm incentivado a implementação do processo do portefólio como forma de ajudar os seus membros na orientação/ direcção da sua experiência profissional e desenvolvimento de competências ao longo do seu crescimento profissional (CSP, 2001; CSP, 2005a), sugerindo mesmo que este faça parte integrante da prática profissional dos Fisioterapeutas (CSP, 2005a). Também, algumas instituições o têm utilizado como instrumento de auto-avaliação por parte dos profissionais que as integram e para o estabelecimento de objectivos de aprendizagem e *performance*, correspondendo a uma oportunidade para estes últimos delinarem o seu futuro (HAINES *et al.*, 2006).

“Já não é suficiente dizer que se mantém actualizado. Tem que reunir evidência para o justificar e demonstrar que o está”

(CSP, 2001)

4. Como começar o meu Portefólio Profissional? Como organizá-lo?

Não existe uma forma única de construir um portefólio. A estrutura pode variar de acordo com a sua perspectiva individual, sendo por isso importante que despenda algum tempo inicialmente para decidir a estrutura que melhor se adequa a si.

No entanto, esta deve reflectir as principais áreas de competência do Fisioterapeuta, os princípios e valores da profissão, as atitudes e crenças que estão inerentes à forma de actuação e desenvolvimento profissional, analisando a representação que estes têm na sua prática profissional. Deve reflectir a conduta e organização do seu trabalho, a forma como gere as suas competências e conceptualiza os princípios que definem o profissionalismo como a responsabilidade; o altruísmo; a compaixão no sentido da disposição para se identificar com as experiências do utente em consideração às suas necessidades e valores; a excelência; a integridade; dever profissional e responsabilidade social (APTA, 2003; RICHARDSON, 1999a, b).

Os Padrões de Prática², com respectiva revisão também patente pela actual mudança no âmbito dos cuidados de saúde e preocupação continuada para a excelência dos cuidados de Fisioterapia de acordo com as necessidades dos utentes e sociedade (CSP, 2005c), podem representar um documento orientador da análise e reflexão da prática, sendo importante que para manter e desenvolver novas competências numa aprendizagem continuada efectiva seja capaz de (CSP, 2001; CSP, 2002):

- Identificar áreas onde necessita desenvolver as suas amplitudes da prática;
- Definir que tipo de aprendizagem será a melhor para garantir o seu desenvolvimento;
- Implementar actividades e oportunidades em função deste;
- Avaliar a efectividade da aprendizagem para si individualmente, para a sua organização e prática.

Estas competências representam as assunções de DPC patentes no modelo de resultados desenvolvido pela CSP (*Outcomes Model- demonstrating competences through evidence of CPD*) num processo cíclico de competências, aprendizagem ao longo da carreira e avaliação da prática, que poderá, igualmente, ser estruturador no desenvolvimento do portefólio.

4.1. Como analisar as minhas competências? Como identificar necessidades de aprendizagem?

Deverá realizar uma auto-avaliação acerca das suas capacidades de comunicação, de relação interpessoal, capacidades intelectuais, de auto-gestão (p.e., auto-disciplina, iniciativa), de aprendizagem, de gestão e desenvolvimento de competências profissionais, e das capacidades clínicas, na medida em que, conhecendo-se melhor a si próprio, será capaz de compreender em que situações e contextos de aprendizagem será um educando mais efectivo e como poderá tirar partido das diferentes oportunidades de aprendizagem (CSP, 2001).

Desta forma, e com base na identificação de áreas que considera necessitar desenvolver a sua prática, pode utilizar a seguinte estrutura sugerida pela CSP (ver Apêndice 1).

Por exemplo, utilizando os Padrões de Prática como documento de referência para auto-avaliação das suas competências profissionais (APF, 2002; CSP, 2005c), e considerando o Padrão 10- “O plano de intervenção é constantemente avaliado para garantir a sua efectividade e relevância face às alterações do utente e do seu estado de saúde”, existem cinco critérios para determinar a sua performance neste padrão. Assim, como considera a sua actuação numa escala pontuada de 1 a 5?

² Um documento da região Europeia da *World Confederation of Physical Therapy* (2002) e adaptado para língua portuguesa pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF, 2002), com revisão em 2003 (APF, 2003).

Uma pontuação inferior a 3 pode sugerir a existência duma necessidade de aprendizagem!

Uma outra estratégia facilitadora da análise de competências é a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), cuja estrutura se encontra no apêndice 2.

4.1.1. Como reflectir e aprender com a minha prática?

Identificar necessidades de aprendizagem implica reflectir sobre a sua prática, as suas experiências e subsequentes acções. E, então, como poderá aprender através das suas experiências positivas e/ ou negativas, levando-o a manter ou modificar a sua prática?

Para responder a esta questão, existem vários modelos orientadores, encontrando-se em apêndice neste documento uma das formas facilitadoras para a sua reflexão (Apêndice 3). Assim, deverá identificar um incidente que decorreu da sua prática profissional, como por exemplo, uma experiência com um utente ou colega que tenha sido desafiadora para si, uma apresentação que teve que realizar para outros, uma tarefa para a qual se voluntariou, entre outras, e primeiramente descrever o incidente em concreto (o que realmente aconteceu?).

De seguida, procurando analisar o incidente, deve pensar no que fez perante este e porquê, descrevendo os sentimentos que despertou durante ou em seu resultado, nomeadamente, os sentimentos positivos ou negativos em relação a si próprio, aos outros ou ao contexto em que se verificou.

Deverá, também, então avaliar o incidente e identificar a aprendizagem que considera ter tido (está satisfeito com a forma como lidou com a situação e porquê? Ou porque não?), descrevendo os resultados e implicações para futuras acções/ situações (fará diferente?).

A seguir, encontra-se um exemplo de reflexão acerca da prática com um utente.

Uma experiência profissional recente:

Definição dos objectivos de intervenção com um utente que foi submetido a ligamentoplastia do ligamento cruzado anterior do joelho direito.

O que fiz...

Facilitar a discussão com o utente acerca da sua recuperação e identificação dos seus objectivos;
Explicar os mecanismos que resultam na sintomatologia sentida pelo utente e processo de recuperação com este.

...e porquê?

Porque os objectivos são pessoais e relevantes para este utente em particular;
A explicação reduz os níveis de ansiedade, encoraja e motiva o utente.

O que correu bem...

A percepção acerca do que o utente quer;
Ter-se estabelecido objectivos em conjunto, com metas a atingir ao longo do processo.

E o que podia ter corrido melhor?

Podia ter registado com o utente os objectivos definidos e ter-lhe, não só verbalizado alguns conselhos imediatos com cuidados a ter, mas também ter dado essa informação por escrito, já que o próprio sentiu a necessidade de registar cuidadosamente para não esquecer.

O que faço de diferente agora perante uma situação/ experiência similar (se fizer)?

Irei ter informação em suporte de papel e disponibilizar futuramente caso os utentes pretendam.
Irei ter uma maior preocupação em avaliar as necessidades educativas do utente e identificar as estratégias mais adequadas atendendo às suas características, uma vez que a minha forma de actuar pode ser determinante no envolvimento e participação activa do utente.

O que aprendi com esta experiência?

Aprendi que ter estado atenta ao comportamento do utente me fez reflectir sobre a minha actuação, aprendi com ele. Senti a necessidade de discutir com alguns colegas as estratégias educativas que utilizamos na nossa prática e de procurar o que se sabe sobre este assunto.

4.2. Como planear a minha aprendizagem?

Após serem identificadas necessidades de aprendizagem e, particularmente, competências a desenvolver, será necessário quantificar e qualificar o que irá aprender em detalhe, ou seja, definir **resultados de aprendizagem** (*learning outcomes*) que esperará alcançar.

Estes representam o significado da sua aprendizagem numa forma que explicita o que irá obter (quais serão os ganhos?), reflectindo as mudanças que resultarão do seu envolvimento e processo de aprendizagem no DPC. Assim, para ser efectivo no seu planeamento deverá ser selectivo, crítico e consistente acerca da sua aprendizagem, sendo capaz de, directa ou indirectamente, a suportar à posteriori (ver ponto 3.3).

E como deverá delinear os seus resultados de aprendizagem? **SMARTT!** Ou seja, estes deverão ser:

Específicos, representando claramente o que pretende atingir	(S pecific)
Mensuráveis, quantificando-se o que pretende	(M easurable)
Exequíveis, existindo a possibilidade de concretização	(A chievable)
Realistas	(R ealistic)
Sustentado, existindo fundamento para a sua obtenção (são relevantes)	(R esourced)
...Temporizados, estabelecendo um período de tempo	(T imebound)

Desta forma, ao escrever um resultado de aprendizagem poderá começar com: “*Ser capaz de...*”, seguindo-se o verbo descritivo do respectivo resultado (p.e., identificar, reconhecer, descrever, analisar, elaborar, avaliar, decidir, explicar, executar, demonstrar, gerir, entre outros) e, se necessário, indicar o contexto e/ou outra informação que facilite a compreensão da especificidade do mesmo.

Alguns exemplos de resultados de aprendizagem:

Ser capaz de, daqui a seis meses, avaliar a efectividade da minha intervenção em utentes com DPOC, que integraram um programa de tolerância ao esforço.

Ser capaz de, num ano, elaborar e implementar um programa de promoção e protecção da saúde destinado à população idosa que frequenta a instituição onde trabalho.

Ser capaz de analisar e integrar os resultados científicos para a intervenção em utentes com doença de Parkinson.

Ser capaz de organizar o tempo para a leitura e reflexão acerca da minha prática a partir da próxima semana.

O tipo de actividades de aprendizagem a planear deve ser apropriado para concretizar os objectivos e obter resultados, sendo, por isso, importante a sua análise e posterior desenvolvimento dum plano de desenvolvimento pessoal (ver apêndice 4). De entre muitas outras, podem considerar-se actividades de aprendizagem, sejam formais e/ou informais, como a realização dum curso de pós-graduação, análise crítica de artigos científicos, apresentação dum caso clínico, reflexão sobre a experiência com um utente, discussão com um colega, preparação dum módulo/ disciplina/ curso/ seminário/ *workshop* de ensino, estudo autónomo ou colaborativo (com pares), análise de incidentes críticos, orientação de estudantes em educação clínica, reflexão sistemática da prática, escrita de artigos, apresentação de comunicações, etc.

4.3. Que resultados? Como monitorizá-los?

Compreender e reconhecer o que aprendeu, as competências que desenvolveu ao implementar o seu plano de desenvolvimento pessoal e o modo como a sua aprendizagem poderá ter contribuído para mudanças na sua prática, reflectem um crescimento fundamentado, suportado e planeado ao longo da sua carreira profissional. Como refere Simard “ser capaz de falar acerca das próprias competências e conhecimentos e como podem ser utilizadas em vários contextos e situações é crucial para se sentir competente ou proactivo no desenho deliberado da própria vida e trabalho” (in HAINES *et al.*, 2006, p.19).

E, assim, que **evidência** deve abordar e incluir no seu Portefólio?

Pode referir-se a evidência directa, nomeadamente, documentos ilustrativos do seu desempenho (p.e., projectos/ compromissos, artigos, actividades, qualificações adquiridas) e indirecta, como testemunhos de utentes, pares, outros profissionais de saúde, referências, evidência de outros (CSP, 2001). Ou pode organizar o tipo de evidência em função do que produziu (artefactos, sendo exemplos, estudos de casos clínicos, artigos, documentos que desenvolveu para a instituição onde trabalha, etc.); de material representativo da sua reflexão e avaliação da aprendizagem-trabalho (p.e., reflexões sobre incidentes críticos, sobre avaliação de cursos ou outro tipo de aprendizagem formal que realize, reflexão sobre a prática profissional, etc.); e de material adquirido através doutros, como certificados de cursos e testemunhos (CSP, 2005a).

Deve incluir uma auto-avaliação acerca das competências que considera ter desenvolvido face aos resultados esperados que tinha estabelecido (o que faço agora que não faria, por exemplo, há um ano? Como progredi ao longo do ano?).

Uma **monitorização** e avaliação sistematizada das actividades que realiza e das diferentes situações de aprendizagem que experiencia facilita a reflexão e sistematização da sua prática, podendo realizá-lo através de algumas questões orientadoras como pode encontrar no apêndice 5. Também, o que faz de melhor? Que experiências correram bem?, realçando a forma como aprendeu através de experiências positivas e bem sucedidas (apêndice 6), pode ser facilitador da reflexão e progresso no seu desenvolvimento, sem que para isso seja atribuído demasiado

ênfoque aos erros e experiências negativas para reflectir sobre a aprendizagem que ficou implícita, como muitas vezes é realizado (CSP, 2001).

A forma como estrutura a evidência do seu percurso de desenvolvimento profissional ao longo do tempo deve ser a que melhor se adequa a si, não existindo uma única, tal como se verifica com a globalidade do portefólio profissional.

CONCLUSÃO

Tal como está patente no início do artigo, a palavra que tem estado presente a todos os níveis da nossa vida é a mudança e, desta forma, também o modo como encaramos o nosso desenvolvimento profissional e pessoal, porque mudámos e porque o contexto e respectivas exigências mudaram, tem hoje uma conotação e representação diferentes.

Como foi referido, cada vez mais os fisioterapeutas têm que demonstrar a sua actualização face ao crescimento da profissão, do seu corpo de conhecimentos e desenvolvimento de competências aos vários níveis de prestação directa aos utentes e à instituição, e face às mudanças no contexto de saúde. Já não basta dizer que, é essencial demonstrar que e como.

Deste modo, o portefólio, enquanto instrumento de registo do seu produto, facilita a compreensão do modo como promove a sua aprendizagem ao longo da vida (o que está a aprender e como?), para além de contribuir para a sua reflexão acerca do caminho que deverá percorrer para se desenvolver estruturada e efectivamente (o que preciso e como?), planeamento dos seus novos ciclos de aprendizagem.

E...será o portefólio equivalente a um *curriculum vitae*? Um *curriculum* reflecte os resultados, o produto final do seu percurso em termos do DPC que já realizou até ao momento. Por sua vez, o portefólio enfatiza o próprio processo de desenvolvimento, reflectindo as razões para o seu desenvolvimento e as necessidades para futuras aprendizagens. Revela a sua capacidade de autonomia face ao seu próprio processo, a iniciativa e responsabilidade no seu desenvolvimento profissional e pessoal. Representa a sua narrativa, auto-expressão, significados e percepções acerca do seu crescimento, num momento social em que se valoriza cada vez mais a capacidade das pessoas para serem mais proactivas na determinação de resultados, numa enorme amplitude que poderá ser a de experiências de aprendizagem (HAINES *et al.*, 2006).

Já começou o seu?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APF. *Fisioterapia: Padrões de Prática* (Adaptação do documento da região Europeia da WCPT – Proposal of Core Standard of Physical Therapy) Associação Portuguesa de Fisioterapeutas 2002 – documento não publicado.

APF. *Fisioterapia: Padrões de Prática* (Adaptação do documento da região Europeia da WCPT – Proposal of Core Standard of Physical Therapy) Associação Portuguesa de Fisioterapeutas 2003 – documento não publicado.

APTA. *Professionalism in Physical Therapy: Core Values*. Alexandria: American Physical Therapy Association, 2003.

CSP. *Developing a Portfolio- a Guide for CSP Members*. London: Chartered Society of Physiotherapy, Continuing Professional Development and Lifelong Learning, 2001.

CSP. *Draft Outcomes Model: Demonstrating competence through evidence of CPD*. London: Chartered Society of Physiotherapy. 2002.

CSP. *Keeping a Portfolio- Getting Started*. London: Chartered Society of Physiotherapy, Continuing Professional Development and Lifelong Learning. 2005a.

CSP. *Keeping a CPD portfolio- Using your CR rom*. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2005b.

CSP. *Core Standards of Physiotherapy Practice*. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2005c.

HAINES, C.; SCOTT, K. & LINCOLN, R. *Australian Blueprint for Career Development*. Commonwealth of Australia, 2005.

KLENOWSKI, V., ASKEW, S. & CARNELL, E. Portfolios for Learning, Assessment and Professional Development in Higher Education. *Assessment & Evaluation in Higher Education*. Vol. 31, n° 3. (2006), 267-286.

KNOWLES, M.S., HOLTON, E.F. & SWANSON, R.A. *The Adult Learner- the Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development* (6.^a ed). London: Elsevier Butterworth Heinemann. 2005.

McMAHON, M., PATTON, W. & TATHAM, P. *Managing Life, Learning and Work in the 21st Century- Issues informing the design of an Australian blueprint for career development*, Australian Blueprinter for Career Development, 2006.

O'BROWN, J. Know Thyself: the Impact of Portfolio Development on Adult Learning. *Adult Education Quarterly*. Vol. 52, n° 3 (2002), 228-245.

REDEKOPP, D., DAY, B. & ROBB, M. *The "High Five" of Career Development*. Eric Digest, 1995.

RICHARDSON, B. Professional Development 1- Professional Socialisation and Situated Professionalisation. *Physiotherapy*. Vol 85, n° 9 (1999), 461-467.

RICHARDSON, B. Professional Development 2- Professional Knowledge and Situated Learning in the Workplace. *Physiotherapy*. Vol 85, n° 9 (1999), 467-474.

SÁ-CHAVES, I. (org). *Os "Portfólios" reflexivos (também) trazem gente dentro- reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos*. Porto: Porto Editora. 2005.

STEVES, P. *Portfolio Careerism: Are You Ready?* Eric Digest, 2001.

ZEE, H. The Learning Society. In P., Raggatt, R. Edwards & N. Small (Eds), *The Learning Society- Challenges and Trends* (pp. 162-183). London: Routledge. 1996.

Desenvolvimento

Profissional

Área Disciplinar da Fisioterapia
Escola Superior de Saúde do IPS

Workshop


Portefólio Profissional

Setembro/ Outubro

Apêndice 1
 (Clique aqui para versão para impressão)
ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS


Identificar Áreas onde necessita desenvolver a sua prática	Definir que aprendizagem será a melhor	Implementar Actividades e oportunidades em função do DPC	Avaliar A efectividade da aprendizagem
DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA CPD ATRAVÉS DA PRÁTICA			
O quê?	Como?		

Fonte: CSP *Developing a Portfolio*, 2001

Apêndice 2
 (Clique aqui para versão para impressão)
ANÁLISE SWOT- STRENGTHS, WEAKNESSES, OPPORTUNITIES AND TREATS


<p>Forças</p> <p>O que faço melhor?</p>	<p>Fraquezas</p> <p>Em que sou menos bom?</p>
<p>Oportunidades</p> <p>Que oportunidades existem ou podem ser proporcionadas para atingir os meus objectivos</p>	<p>Ameaças</p> <p>O que pode inibir o meu progresso?</p>

Fonte: CSP *Developing a Portfolio*, 2001

Apêndice 3
 (Clique aqui para versão para impressão)
REFLECTINDO SOBRE A PRÁTICA...

Uma experiência profissional recente (descrição)	
O que fiz? E porquê?
O que correu bem?	... E o que podia ter corrido melhor?
O que faço de diferente agora, perante uma situação/ experiência similar (se fizer)?	
O que aprendi com esta experiência?	

Fonte: CSP *Developing a Portfolio*, 2001

Apêndice 4
 (Clique aqui para versão para impressão)
PLANEANDO A MINHA APRENDIZAGEM...**Que competências e conhecimento quero desenvolver?**

...destes, quais se traduzem em necessidades que quero colmatar a curto e a longo prazo?

... a **curto** prazo

... a **longo** prazo

Quais os resultados de aprendizagem esperados (SMART)?**Que actividades serão as melhores para obter esses resultados?**


Fonte: CSP *Developing a Portfolio*, 2001

Apêndice 5
 (Clique aqui para versão para impressão)

Questões que podem reflectir a minha **aprendizagem** em diferentes contextos (p.e., cursos de pós-graduação de curta duração, análise de casos clínicos, intervenção com um utente):

O que aprendi com a experiência?	
Como posso aplicar esta aprendizagem no futuro?	
Irei fazer alguma coisa de diferente?	
Modificou a forma como penso acerca da minha prática?	
Identifiquei novas necessidades de aprendizagem e como poderei colmatá-las?	
Quais poderão ser os benefícios desta aprendizagem para os utentes/ pares/ instituição?	

Fonte: CSP *Outcomes Model*, 2005

Apêndice 6
 (Clique aqui para versão para impressão)
APRENDIZAGEM PELO SUCESSO

Descrição da experiência:	
Resultado(s) Positivo(s):	
As minhas reflexões:	
Conclusões:	Acções futuras:

Fonte: CSP *Developing a Portfolio*, 2001

Índice de Revistas

A unidade “Índices de Revistas” pretende dar a conhecer ao leitor os índices dos últimos números de revistas existentes no Centro de Recursos da ESS-IPS, tais como o Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, Human Movement Science, Physiotherapy Research International, Manual therapy, Physical Therapy, Clinical Orthopaedics and Related Research, Australian Journal of Physiotherapy, Pain, Chest, Stroke, Physiotherapy Theory and Practice, Social Science and Medicine, Clinical Biomechanics e Spine .

Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics

Vol. 29 N° 5, Junho 2006



A Profile of Middle-Aged Women Who Consult a Chiropractor or Osteopath: Findings from a Survey of 11,143 Australian Women. Pp. 349-353.
SIBBRITT D. *et al.*

Do Exercise Balls Provide a Training Advantage for Trunk Extensor Exercises? A Biomechanical Evaluation. Pp. 354-362.
DRAKE JDM. *et al.*

Reproducibility of the Measurement of Active and Passive Cervical Range of Motion. Pp. 363-367.
HOPPENBROUWERS M. *et al.*

Interrater Reliability of a Passive Physiological Intervertebral Motion Test in the Mid-Thoracic Spine. Pp. 368-373.
BRISMÉE JM. *et al.*

Interexaminer Reliability of the Hip Extension Test for Suspected Impaired Motor Control of the Lumbar Spine. Pp. 374-377.
MURPHY DR. *et al.*

Effects of Visual Feedback on Manipulation Performance and Patient Ratings. Pp. 378-385.
TRIANO JJ. *et al.*

Chiropractors' Perceptions about Intimate Partner Violence: A Cross-Sectional Survey. Pp. 386-392.
SHEARER HM. *et al.*

Applying the Item Response Theory to Classroom Examinations. Pp. 393-397.

LAWSON DM.

Conservative Chiropractic Management of Recalcitrant Foot Pain After Fasciotomy: A Retrospective Case Review. Pp. 398-402.

WYATT LH.

Clinical Presentation, Quantitative Sensory Testing, and Therapy of 2 Patients with Fourth Thoracic Syndrome. Pp. 403-408.

MELLICK GA. e MELLICK LB.

Abdominal Aortic Aneurysm Presenting as Back Pain to a Chiropractic Clinic: A Case Report. Pp. 409.e1-409.e7.

PATEL SN. e KETTNER NW.

Human Movement Science



Vol. 25

N° 3, Junho 2006

Distinct mechanisms for planning keypress and reaching responses: A developmental study. Pp. 293-309.

ADAM JJ. *et al.*

Difference in sensorimotor adaptation to horizontal and vertical mirror distortions during ballistic arm movements. Pp. 310-325.

CASELLI P. *et al.*

The contribution of peripheral and central vision in the control of movement amplitude. Pp. 326-338.

LAWRENCE GP. *et al.*

The influence of augmented feedback and prior learning on the acquisition of a new bimanual coordination pattern. Pp. 339-348.

HURLEY SR. e LEE TD.

The effect of viewing the moving limb and target object during the early phase of movement on the online control of grasping. Pp. 349-371.

FUKUI T. e IN T.

Relationships between dual-task related changes in stride velocity and stride time variability in healthy older adults. Pp. 372-382.

DUBOST V. *et al.*

Dominance of gait cycle duration in casual walking. Pp. 383-392.
KITO T. e YONEDA T.

Rhythmic performance during a whole body movement: Dynamic analysis of force-time curves. Pp. 393-408.
ROUSANOGLU EN. e BOUDOLOS KD.

Posture and motion variability in non-repetitive manual materials handling tasks. Pp. 409-421.
PEREZ MA. e NUSSBAUM MA.

Influence of vision and static stretch of the calf muscles on postural sway during quiet standing. Pp. 422-434.
NAGANO A. *et al.*

Task demand effects on postural control in older adults. Pp. 435-446.
PRIOLI AC. *et al.*

Physical Therapy

Vol. 86
N° 5, Maio 2006



Time Dependency of Walking Classification in Stroke.
KOLLEN B. *et al.*

Effects of Exercise Training on Heart Rate Variability after Coronary Angioplasty.
TSAI MW. *et al.*

Passive Leg Movements and Passive Cycling Do Not Alter Arterial Leg Blood Flow in Subjects with Spinal Cord Injury.
WOERDS WT. *et al.*

Timed "Up & Go" Test: Reliability in Older People Dependent in Activities of Daily Living— Focus on Cognitive State.
NORDIN E. *et al.*

Electromyographic Analysis of Traditional and Nontraditional Abdominal Exercises: Implications for Rehabilitation and Training.
ESCAMILLA RF. *et al.*

Effectiveness of Radial Shock-Wave Therapy for Calcific Tendinitis of the Shoulder: Single-Blind, Randomized Clinical Study.

CACCHIO A. *et al.*

Neuromuscular Activation in Conventional Therapeutic Exercises and Heavy Resistance Exercises: Implications for Rehabilitation.

ANDERSEN LL. *et al.*

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for the Management of Neuropathic Pain: The Effects of Frequency and Electrode Position on Prevention of Allodynia in a Rat Model of Complex Regional Pain Syndrome Type II.

SOMERS DL. e CLEMENTE FR.

A Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Interventions for Temporomandibular Disorders.

McNEELY ML. *et al.*

Toward a Common Language for Function, Disability, and Health.

JETTE AM.

Interpreting Change Scores of Tests and Measures Used in Physical Therapy.

HALEY SM. e FRAGALA-PINKHAM MA.

Clinical Orthopaedics and Related Research

Vol. 447

Junho 2006



Dislocation and Instability Complicating Low Friction Arthroplasty of the Hip Joint.

STINCHFIELD FE. e EFTEKHAR N.

Epidemiology of Dislocation after Total Hip Arthroplasty.

MEEK RMD. *et al.*

An Analysis of the Risk of Hip Dislocation with a Contemporary Total Joint Registry.

KHATOD M. *et al.*

Dislocation of the Hip after Reimplantation for Infection: An Analysis of Risk Factors.

HARTMAN CW. e GARVIN KL.

Increased Surgical Volume Is Associated with Lower THA Dislocation Rates.

BATTAGLIA TC. *et al.*

Does Surgical Approach Affect Total Hip Arthroplasty Dislocation Rates?

KWON MS. *et al.*

The Effect of EPSTR and Minimal Incision Surgery on Dislocation after THA.

IORIO R. *et al.*

Integrity of Repaired Posterior Structures after THA.

SU EP. *et al.*

Influence of Total Hip Design on Dislocation: A Computer Model and Clinical Analysis.

PADGETT DE *et al.*

Large Diameter Femoral Heads on Highly Cross-linked Polyethylene: Minimum 3-year Results.

GELLER JA. *et al.*

Recurrent Instability after Total Hip Arthroplasty: Beware of Subtle Component Malpositioning.

PARVIZI J. *et al.*

Revision Hip Arthroplasty for Late Instability Secondary to Polyethylene Wear.

PARVIZI J. *et al.*

A Constrained Device with Increased Range of Motion Prevents Early Dislocation.

BEREND KR. *et al.*

Early Failure in Total Hip Arthroplasty.

DOBZYNIAK M. *et al.*

Delays Worsen Quality of Life Outcome of Primary Total Hip Arthroplasty.

GARBUZ DS. *et al.*

Total Hip Arthroplasty Using the Miniature Anatomic Medullary Locking Stem.

OH KJ. *et al.*

Contact Stress in Hips with Osteonecrosis of the Femoral Head.
DANIEL M. *et al.*

Accuracy of Magnetic Resonance Imaging of the Knee and Unjustified Surgery.
BEN-GALIM P. *et al.*

A Mobile-bearing Knee Prosthesis Can Reduce Strain at the Proximal Tibia.
BOTTLANG M. *et al.*

Outcomes after Standardized Screw Fixation Technique of Ankle Arthrodesis.
KENNEDY JG. *et al.*

Determining the Reliability of the Graf Classification for Hip Dysplasia.
ROPOSCH A. *et al.*

Coxa Vara: A Novel Measurement Technique in Skeletal Dysplasias.
OH CW. *et al.*

Clavicula Pro Humero Reconstruction after Wide Resection of the Proximal Humerus.
TSUKUSHI S. *et al.*

Autoclaved Tumor Bone for Reconstruction: An Alternative in Developing Countries.
KHATTAK MJ. *et al.*

Vascularized Iliac Bone Graft for Iliosacral Bone Defect after Tumor Excision.
NISHIDA J. *et al.*

Early Return to Function in Young Adults with Neglected Femoral Neck Fractures.
ROSHAN A. *et al.*

Surgical Treatment of Distal Clavicle Fractures Using the Clavicular Hook Plate.
KASHII M. *et al.*

Fixation of Posterior Malleolar Fractures Provides Greater Syndesmotic Stability.
GARDNER MJ. *et al.*

Clinical Correlation with the PA/Plasmin System in Septic Arthritis of the Knee.

Hsieh YS. *et al.*

Necrotizing Soft Tissue Infections of the Extremities and Back.

OGILVIE CM. *et al.*

A Laterally Positioned Concave Trochlear Groove Prevents Patellar Dislocation.

HING CB. *et al.*

Osseointegration of Cementless Implants with Different Bisphosphonate Regimens.

EBERHARDT C. *et al.*

Static Magnetic Fields Up-regulate Osteoblast Maturity by Affecting Local Differentiation Factors.

HUANG HM. *et al.*

Comparison of Capacitive versus Resistive Joint Contact Stress Sensors.

MARTINELLI L. *et al.*

Continuous Stimulation of Transected Distal Nerves Fails to Prolong Action Potential Propagation.

O'GARA T. *et al.*

Comparison of Capacitive versus Resistive Joint Contact Stress Sensors.

MARTINELLI L. *et al.*

Stroke



Vol. 37
N° 6, Junho 2006

Socioeconomic Status and Stroke Incidence in the US Elderly: The Role of Risk Factors in the EPESE Study. Pp. 1368 – 1373.

AVENDANO M. *et al.*

Proportions of Stroke Subtypes among Men and Women 40 Years of Age in an Urban Japanese City in 1992, 1997, and 2002. Pp. 1374 – 1378.

KITAMURA A. *et al.*

Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke: Incidence, Severity, Fluency, Etiology, and Thrombolysis. Pp. 1379 – 1384.

ENGELTER ST. *et al.*

Association of Phosphodiesterase 4D Polymorphisms With Ischemic Stroke in a US Population Stratified by Hypertension Status. Pp. 1385 – 1390.

BROPHY VH. *et al.*

White Matter Lesions in an Unselected Cohort of the Elderly: Molecular Pathology Suggests Origin from Chronic Hypoperfusion Injury • Annex – Supplemental Online-Only Content. Pp. 1391 – 1398.

FERNANDO MS. *et al.*

Increased Brain Expression of Matrix Metalloproteinase-9 After Ischemic and Hemorrhagic Human Stroke. Pp. 1399 – 1406.

ROSELL A. *et al.*

Lipoprotein(a) and Incident Ischemic Stroke: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. Pp. 1407 – 1412.

OHIRA T. *et al.*

Impaired Glucose Tolerance Increases Stroke Risk in Nondiabetic Patients With Transient Ischemic Attack or Minor Ischemic Stroke. Pp. 1413 – 1417.

VERMEER SE. *et al.*

Persistent Infarct Hyperintensity on Diffusion-Weighted Imaging Late After Stroke Indicates Heterogeneous, Delayed, Infarct Evolution. Pp. 1418 – 1423.

RIVERS CS. *et al.*

Regular Transfusion Lowers Plasma Free Hemoglobin in Children With Sickle-Cell Disease at Risk for Stroke. Pp. 1424 – 1426.

LEZCANO NE. *et al.*

Statin Use and Sex-Specific Stroke Outcomes in Patients With Vascular Disease. Pp. 1427 – 1431.

BUSHNELL CD. *et al.*

NMDA Receptor Antibodies Predict Adverse Neurological Outcome After Cardiac Surgery in High-Risk Patients. Pp. 1432 – 1436.

BOKESCH PM. *et al.*

Rates of Delayed Rebleeding From Intracranial Aneurysms Are Low After Surgical and Endovascular Treatment. Pp. 1437 – 1442.

The CARAT Investigators.

Embolization of Intracranial Aneurysms With Hydrogel-Coated Coils Versus Inert Platinum Coils: Effects on Packing Density, Coil Length and Quantity, Procedure Performance, Cost, Length of Hospital Stay, and Durability of Therapy. Pp. 1443 – 1450.
GABA RC. *et al.*

D-Dimer as an Independent Predictor for Poor Outcome After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Pp. 1451 – 1456.
JUVELA S. e SIIRONEN J.

A Discriminative Prediction Model of Neurological Outcome for Patients Undergoing Surgery of Brain Arteriovenous Malformations. Pp. 1457 – 1464.
SPEARS J. *et al.*

Hematoma Growth and Outcome in Treated Neurocritical Care Patients With Intracerebral Hemorrhage Related to Oral Anticoagulant Therapy: Comparison of Acute Treatment Strategies Using Vitamin K, Fresh Frozen Plasma, and Prothrombin Complex Concentrates. Pp. 1465 – 1470.
HUTTNER HB. *et al.*

Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation-Induced Corticomotor Excitability and Associated Motor Skill Acquisition in Chronic Stroke. Pp. 1471 – 1476.
KIM YH. *et al.*

Poststroke Rehabilitation: Outcomes and Reimbursement of Inpatient Rehabilitation Facilities and Subacute Rehabilitation Programs. Pp. 1477 – 1482.
DEUTSCH A. *et al.*

Stroke Rehabilitation in Europe: What Do Physiotherapists and Occupational Therapists Actually Do? Pp. 1483 – 1489.
WIT LD. *et al.*

Clinical Features and Outcome in North American Adults With Moyamoya Phenomenon. Pp. 1490 – 1496.
HALLEMEIER CL. *et al.*

Prior Events Predict Cerebrovascular and Coronary Outcomes in the PROGRESS Trial. Pp. 1497 – 1502.
ARIMA H. *et al.*

Uric Acid Is a Risk Factor for Myocardial Infarction and Stroke: The Rotterdam Study. Pp. 1503 – 1507.

BOS MJ. *et al.*

Community Socioeconomic Status and Prehospital Times in Acute Stroke and Transient Ischemic Attack: Do Poorer Patients Have Longer Delays From 911 Call to the Emergency Department? Pp. 1508 – 1513.
KLEINDORFER DO. *et al.*

Model of Hospital-Supported Discharge after Stroke. Pp. 1514 – 1520.
TORP CR. *et al.*

Classification of Cause of Death after Stroke in Clinical Research. Pp. 1521 – 1524.
HALKES PHA. *et al.*

Modest MRI Signal Intensity Changes Precede Delayed Cortical Necrosis After Transient Focal Ischemia in the Rat. Pp. 1525 – 1532.
ROJAS S. *et al.*

Potential Contribution of NF- B in Neuronal Cell Death in the Glutathione Peroxidase-1 Knockout Mouse in Response to Ischemia-Reperfusion Injury. Pp. 1533 – 1538.
CRACK PJ. *et al.*

Cilostazol Protects Against Brain White Matter Damage and Cognitive Impairment in a Rat Model of Chronic Cerebral Hypoperfusion. Pp. 1539 – 1545.
WATANABE T. *et al.*

Effects of Fractalkine Receptor Variants on Common Carotid Artery Intima-Media Thickness. Pp. 1558 – 1561.
NORATA GD. *et al.*

Blood-Brain Barrier Disruption By Low-Frequency Ultrasound. Pp. 1546 – 1548.
REINHARD M. *et al.*

Cortical Perfusion Measurement by Indocyanine-Green Videoangiography in Patients Undergoing Hemicraniectomy for Malignant Stroke. Pp. 1549 – 1551.
WOITZIK J. *et al.*

Motor Cortex Activation During Treatment May Predict Therapeutic Gains in Paretic Hand Function After Stroke. Pp. 1552 – 1555.
DONG Y. *et al.*

Stroke Information Reported on Local Television News: A National Perspective. Pp. 1556 – 1557.

PRIBBLE JM. *et al.*

Nonpulsatile Cerebral Perfusion in Patient with Acute Neurological Deficits. Pp. 1562 – 1564.

KIM YS. *et al.*

Pressor Therapy in Acute Ischemic Stroke: Systematic Review. Pp. 1565 – 1571.

MISTRI AK. *et al.*

The Role of Antiplatelet Therapy in Carotid Stenting for Ischemic Stroke Prevention. Pp. 1572 – 1577.

CHATURVEDI S. e YADAV JS.

Recommendations of the National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Cerebrovascular Biology and Disease. Pp. 1578 – 1581.

IADECOLA C. *et al.*

Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Pp. 1583 – 1633.

GOLDSTEIN LB. *et al.*

Pain



Vol. 122 N° 3, Junho 2006

Managing low back pain presenting to primary care: Where do we go from here? Pp. 219-222.

MACFARLANE GJ. *et al.*

Cerebral activation during thermal stimulation of patients who have burning mouth disorder: An fMRI study. Pp. 223-234.

ALBUQUERQUE RJC. *et al.*

Role of the paratrigeminal nucleus in nocifensive responses of rats to chemical, thermal and mechanical stimuli applied to the hind paw. Pp. 235-244.
KOEPP J. *et al.*

Studies of peripheral sensory nerves in paclitaxel-induced painful peripheral neuropathy: Evidence for mitochondrial dysfunction. Pp. 245-257.
FLATTERS SJL. e BENNETT GJ.

Pain related sexual dysfunction after inguinal herniorrhaphy. Pp. 258-263.
AASVANG EK. *et al.*

Extra-median spread of sensory symptoms in carpal tunnel syndrome suggests the presence of pain-related mechanisms. Pp. 264-270.
ZANETTE G. *et al.*

Long-term effectiveness of a patient and family pain education program on overcoming barriers to management of cancer pain. Pp. 271-281.
LIN CC. *et al.*

The relation between catastrophizing and the communication of pain experience. Pp. 282-288.
SULLIVAN MJL. *et al.*

Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. Pp. 289-294.
BENNETT MI. *et al.*

Contact heat-evoked temporal summation: Tonic versus repetitive-phasic stimulation. Pp. 295-305.
GRANOT M. *et al.*

Effect of local anesthesia on atypical odontalgia – A randomized controlled trial. Pp. 306-314.
LIST T. *et al.*

The effects of Botulinum Toxin type A on capsaicin-evoked pain, flare, and secondary hyperalgesia in an experimental human model of trigeminal sensitization. Pp. 315-325.
GAZERANI P. *et al.*

Manual Therapy

Vol. 11
N° 2, Maio 2006



Methodological quality and outcomes of studies addressing manual cervical spine examinations: A review. Pp. 93-98.

HOLLERWÖGER D. *et al.*

The relationship of cervical joint position error to balance and eye movement disturbances in persistent whiplash. Pp. 99-106.

TRELEAVEN J. *et al.*

Effects of a manual therapy technique in experimental lateral epicondylalgia. Pp. 107-117.

SLATER H. *et al.*

Clinical tests of musculoskeletal dysfunction in the diagnosis of cervicogenic headache. Pp. 118-129.

ZITO G. *et al.*

Mulligan bent leg raise technique—a preliminary randomized trial of immediate effects after a single intervention. Pp. 130-135.

HALL T. *et al.*

Electromyographic assessment of the activity of the masticatory using the agonist contract–antagonist relax technique (AC) and contract–relax technique (CR). Pp. 136-145.

OLIVO SA. e MAGEE DJ.

Reliability and validity of shoulder tightness measurement in patients with stiff shoulders. Pp. 146-152.

LIN J. e YANG JL.

Vertebral artery dominance and hand preference: Is there a correlation? Pp. 153-156.

CAGNIE B. *et al.*

Osteochondritis dessicans: A complex case of anterior knee pain. Pp. 157-161.

DAVIN J. e SELFE J.

Social Science and Medicine

Vol. 62
N° 12, Junho 2006


Physical violence by husbands: Magnitude, disclosure and help-seeking behavior of women in Bangladesh. Pp. 2917-2929.
 NAVED RT. *et al.*

Challenges to the reproductive-health needs of African women: On religion and maternal health utilization in Ghana. Pp. 2930-2944.
 GYIMAH SO. *et al.*

“I thought it was only ordinary fever!” cultural knowledge and the micropolitics of therapy seeking for childhood febrile illness in Tanzania. Pp. 2945-2959.
 KAMAT VR. *et al.*

Beyond paradigm: Making transcultural connections in a scientific translation of acupuncture. Pp. 2960-2972.
 KIM J. *et al.*

Variations in provider conceptions of integrative medicine. Pp. 2973-2987.
 HSIAO AF. *et al.*

Racializing narratives: Obesity, diabetes and the “Aboriginal” thrifty genotype. Pp. 2988-2997.
 FEE M.

The role of education in the uptake of preventative health care: The case of cervical screening in Britain. Pp. 2998-3010.
 SABATES R. e FEINSTEIN L.

‘It’s only a blood test’: What people know and think about venepuncture and blood. Pp. 3011-3023.
 PFEFFER N. e LAWS S.

Age perceptions and physical activity among middle-aged men in three occupational groups. Pp. 3024-3034.
 WANDEL M. e ROOS G.

Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. Pp. 3035-3047.
 MOORE D. e FRASER S.

Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. Pp. 3048-3061.
HARLEY K. e ESKENAZI B.

Alcohol outlets, gonorrhea, and the Los Angeles civil unrest: A longitudinal analysis. Pp. 3062-3071.
COHEN DA. *et al.*

Perceptions of social capital and the built environment and mental health. Pp. 3072-3083.
ARAYA R. *et al.*

Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions. Pp. 3084-3095.
NONNEMAKER J. *et al.*

Men's constructions of smoking in the context of women's tobacco reduction during pregnancy and postpartum. Pp. 3096-3108.
BOTTORFF JL. *et al.*

Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: Long-term effects of a self-management intervention. Pp. 3109-3120.
SCHOLZ U. *et al.*

Before and after the 1999 Chi-Chi earthquake: Traumatic events and depressive symptoms in an older population. Pp. 3121-3132.
SEPLAKI CL. *et al.*

Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. Pp. 3133-3145.
LEE V. *et al.*

Predicting physical activity intention and behaviour among children in a longitudinal sample. Pp. 3146-3156.
RHODES RE. *et al.*

Where does the waiting list begin? A short review of the dynamics and organization of modern waiting lists. Pp. 3157-3160.
ROTSTEIN DL. e ALTER DA.

Exposure to indoor air pollution from household energy use in rural China: The interactions of technology, behavior, and knowledge in health risk management. Pp. 3161-3176.
JIN Y. *et al.*

Social health insurance in a developing country: The case of the Philippines. Pp. 3177-3185.
OBERMANN K. *et al.*

The geography of self-injury: Spatial patterns in attempted and completed suicide. Pp. 3186-3196.
HEMPSTEAD K.

CHEST



Vol. 129
N° 6, Junho 2006

Effects of Argatroban Therapy, Demographic Variables, and Platelet Count on Thrombotic Risks in Heparin-Induced Thrombocytopenia. Pp. 1407-1416.
LEWIS BE. *et al.*

Prospective Study of the Diagnostic Accuracy of the Simplify D-dimer Assay for Pulmonary Embolism in Emergency Department Patients. Pp. 1417-1423.
KLINE JA. *et al.*

Influence of Two Different Interfaces for Noninvasive Ventilation Compared to Invasive Ventilation on the Mechanical Properties and Performance of a Respiratory System: A Lung Model Study. Pp. 1424-1431.
MOERER O. *et al.*

The Epidemiology of Sepsis in Patients with Malignancy. Pp. 1432-1440.
DANAI PA. *et al.*

Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome with Glucosteroids: The Guangzhou Experience. Pp. 1441-1452.
CHEN R. *et al.*

Achieving Housestaff Competence in Emergency Airway Management Using Scenario Based Simulation Training: Comparison of Attending vs Housestaff Trainers. Pp. 1453-1458.
ROSENTHAL ME. *et al.*

Effect of Continuous Positive Airway Pressure on Ambulatory BP in Patients with Sleep Apnea and Hypertension: A Placebo-Controlled Trial. Pp. 1459-1467.

CAMPOS-RODRIGUEZ F. *et al.*

Sleep in Critically Ill Chemically Paralyzed Patients Requiring Mechanical Ventilation. Pp. 1468-1477.

HARDIN KA. *et al.*

Effects of Early Intervention with Inhaled Budesonide on Lung Function in Newly Diagnosed Asthma. Pp. 1478-1485.

O'BYRNE PM. *et al.*

School Proximity to Concentrated Animal Feeding Operations and Prevalence of Asthma in Students. Pp. 1486-1491.

SIGURDARSON ST. e KLINE JN.

Role of Spirometry and Exhaled Nitric Oxide To Predict Exacerbations in Treated Asthmatics. Pp. 1492-1499.

GELB AF. *et al.*

Sensitization to Aeroallergens and Airway Hyperresponsiveness at 7 Years of Age. Pp. 1500-1508.

TePAS EC. *et al.*

Spirometry Use in Clinical Practice Following Diagnosis of COPD. Pp. 1509-1515.

LEE TA. *et al.*

Use of Peak Oxygen Consumption in Predicting Physical Function and Quality of Life in COPD Patients. Pp. 1516-1522.

BERRY MJ. *et al.*

Up-Regulated Membrane and Nuclear Leukotriene B4 Receptors in COPD. Pp. 1523-1530.

MARIAN E. *et al.*

Scoring System and Clinical Application of COPD Diagnostic Questionnaires. Pp. 1531-1539.

PRICE DB. *et al.*

Improvement in Quadriceps Strength and Dyspnea in Daily Tasks After 1 Month of Electrical Stimulation in Severely Deconditioned and Malnourished COPD. Pp. 1540-1548.

VIVODTZEV I. *et al.*

The Role of Abrams Percutaneous Pleural Biopsy in the Investigation of Exudative Pleural Effusions. Pp. 1549-1555.

CHAKRABARTI B. *et al.*

The Relationship of Pleural Pressure to Symptom Development during Therapeutic Thoracentesis. Pp. 1556-1560.

FELLER-KOPMAN D. *et al.*

Is Routine Chest Radiography After Transbronchial Biopsy Necessary?: A Prospective Study of 350 Cases. Pp. 1561-1564.

IZBICKI G. *et al.*

Acute Phase Reaction in Healthy Volunteers after Bronchoscopy With Lavage. Pp. 1565-1569.

HUANG YT. *et al.*

Dynamic Contrast-Enhanced MRI of Malignant Pleural Mesothelioma: A Feasibility Study of Noninvasive Assessment, Therapeutic Follow-up, and Possible Predictor of Improved Outcome. Pp. 1570-1576.

GIESEL FL. *et al.*

Tissue Plasminogen Activator Combined With Human Recombinant Deoxyribonuclease Is Effective Therapy for Empyema in a Rabbit Model. Pp. 1577-1583.

ZHU Z. *et al.*

Transforming Growth Factor- β Gene Polymorphisms in Sarcoidosis Patients With and Without Fibrosis. Pp. 1584-1591.

KRUIT A. *et al.*

Perforin Down-Regulation and Adhesion Molecules Activation in Pulmonary Sarcoidosis: An Induced Sputum and BAL Study. Pp. 1592-1598.

ANTONIOU KM. *et al.*

Pleural Effusions in a Series of 181 Outpatients With Sarcoidosis. Pp. 1599-1604.

HUGGINS JT. *et al.*

Longitudinal Changes in Prevalence of Respiratory Symptoms Among Canadian Grain Elevator Workers. Pp. 1605-1613.

PAHWA P. *et al.*

Effect of Particulate Air Pollution on Lung Function in Adult and Pediatric Subjects in a Seattle Panel Study. Pp. 1614-1622.

TRENGA CA. *et al.*

Relationship between Self-Reported Odor Intolerance and Sensitivity to Inhaled Capsaicin: Proposed Definition of Airway Sensory Hyperreactivity and Estimation of Its Prevalence. Pp. 1623-1628.
JOHANSSON Å. *et al.*

Multitarget Fluorescence In Situ Hybridization Elucidates Equivocal Lung Cytology. Pp. 1629-1635.
SAVIC S. *et al.*

Efficacy of Long-term Subcutaneous Treprostinil Sodium Therapy in Pulmonary Hypertension. Pp. 1636-1643.
LANG I. *et al.*

Measuring Disease-Specific Quality of Life in Obstructive Airway Disease: Validation of a Modified Version of the Airways Questionnaire 20. Pp. 1644-1652.
CHEN H. *et al.*

Lung Disease Due to the More Common Nontuberculous Mycobacteria. Pp. 1653-1672.
FIELD SK. e COWIE RL.

Burying the Dead: The Impact of Failed Apoptotic Cell Removal (Efferocytosis) on Chronic Inflammatory Lung Disease. Pp. 1673-1682.
VANDIVIER RW. *et al.*

Do Native and Polymeric 1-Antitrypsin Activate Human Neutrophils In Vitro? Pp. 1683-1692.
PERSSON C. *et al.*

An Appraisal of Pharmacoeconomic Evidence of Maintenance Therapy for COPD. Pp. 1693-1708.
D'SOUZA AO. *et al.*
Ultrasound-Guided Thoracentesis. Pp. 1709-1714 .
FELLER-KOPMAN D.

Hemoptysis in Lung Transplant Recipients: A Series of 15 Cases. Pp. 1715-1718.
PLANTIER L. *et al.*

Sirolimus-Induced Pulmonary Hypersensitivity Associated With a CD4 T-Cell Infiltrate. Pp. 1718-1721.
HOWARD L. *et al.*

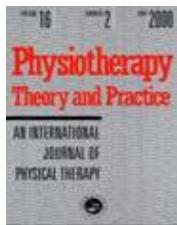
Paraneoplastic Polymyositis Associated With Squamous Cell Carcinoma of the Lung. Pp. 1721-1723.

GABRILOVICH M. *et al.*

Physiotherapy Theory and Practice

Vol. 22

N° 3



Comparison of symptoms and clinical findings in subgroups of individuals with patellofemoral pain. Pp. 105 – 118.

NÄSLUND J. *et al.*

Ashworth Scales are unreliable for the assessment of muscle spasticity. Pp. 119 – 125.

ANSARI NN. *et al.*

Fear of falling, balance confidence and health-related quality of life in individuals with postpolio syndrome. Pp. 127 – 135.

LEGTTERS K. *et al.*

Eco-cultural frameworks and childhood disability: A case study from Puerto Rico. Pp. 137 – 151.

GANNOTTI M.

Multidimensional exercise for people with Parkinson's disease: A case report. Pp. 153 – 162.

KLUDING P. e MCGINNIS PQ.

ESSNOTÍCIAS

Estudantes e docentes na Mini e Meia – Maratona de Lisboa

A provar que afinal é de saúde que se trata, estudantes e docentes da Licenciatura Bi-Etápica em Fisioterapia da ESS não quiseram deixar de estar presentes em mais um importante evento cultural e social do panorama nacional, a Mini Meia – Maratona de Lisboa, realizada no dia 26 De Março.



O dia começou cedo para todos aqueles que quiseram participar, e nem o sono ou o facto de ser o usual dia de descanso para muitos, foram motivo suficiente para ficar em casa. No meio do banho de multidão foi muito o entusiasmo e a boa disposição.

Aproveitando ainda a natureza do acontecimento, os estudantes mostraram o seu empenho e transportaram consigo uma faixa alusiva à realização do Fisiotróia2006, promovendo este evento, bem como a ESS e a fisioterapia junto da população.

Formação para Docentes – Seminário sobre Tutoria

A par dos novos desafios colocados pelo processo de Bolonha, a formação dos docentes é um elemento fundamental no processo educativo. Neste sentido a ESS recebeu nos passados dias 23 e 24 de Maio as Terapeutas da Fala Loes Herremans e Silvy Wielens-Baggen da Hogeschool Zujd (Holanda), responsáveis pela organização de um seminário cujo tema se centrou na organização curricular por competências e estratégias educativas, nomeadamente a tutoria (Coaching). Os trabalhos contaram com a presença de docentes das várias áreas disciplinares da ESS, tendo a opinião de todos sido consensual relativa à importância e pertinência dos assuntos abordados. Um trabalho a continuar!

A Escola na Comunidade

Expo-Saúde

A propósito do Dia Mundial da Saúde celebrado a 7 de Abril, docentes e estudantes da ESS, participaram em actividades de promoção de saúde em parceria com os municípios de Palmela e Setúbal., subordinada este ano com o tema “Trabalhar em conjunto para a saúde”. Em Palmela e no Pinhal Novo, desenvolveram-se acções de rastreio e educação em saúde, ao ar livre e na biblioteca, tendo sido projectados filmes elaborados pelos estudantes. Em Setúbal foram realizados rastreios de hipertensão e obesidade, assim como educação para a saúde relativas às áreas da dor lombar, lesões desportivas, incontinência urinária, preparação para o parto, entre outras. As actividades contaram com grande adesão por parte da população.

Promoção de Hábitos Desportivos Saudáveis



A pedido da Junta de freguesia de S. Sebastião e no âmbito do protocolo estabelecido entre esta e a área Disciplinar da Fisioterapia da ESS, decorreu no dia 19 De Maio de 2006 na Escola Profissional (Manteigadas) uma sessão de esclarecimento destinada a atletas dos 12 – 16 anos das colectividades locais, sobre a promoção de hábitos desportivos saudáveis. A sessão foi levada a cabo por estudantes do 2º Ciclo da Licenciatura Bi-Etápica em Fisioterapia a realizar a

disciplina de Educação Clínica VI no contexto desportivo (Sporting, Palmelense e Vitória de Setúbal). Os trabalhos iniciaram-se cerca das 19 horas tendo a mesa sido presidida por Carlos de Almeida, Presidente da Junta; Fernanda Pestana, Directora da Escola Superior de Saúde, Conceição Rodrigues, Directora do Centro de Saúde de S. Sebastião e Lina Robalo, Professora Coordenadora do 1º Ciclo da Licenciatura Bi-Etápica em Fisioterapia da Área Disciplinar de Fisioterapia.

Os temas abordados pelos estudantes foram os seguintes:

Nutrição adequada ao contexto desportivo – Pedro Estaco e Mónica Rosa;

Flexibilidade – Inês Margarido, César Sá, Fábio Marto e Ângela Elias;

Procedimentos imediatos póslesão – Lídia Marques, Sandra Cunha, Catarina Sousa e Inês Filipe;



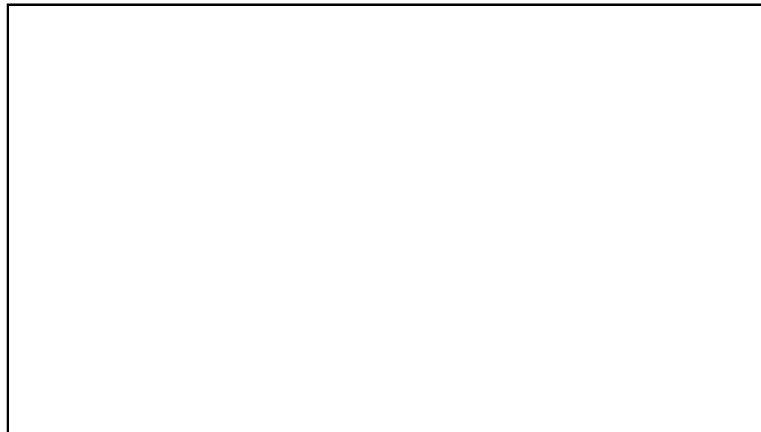
**Fisiotróia2006 – “Voltar para Partilhar”
15 a 18 de Junho (Fórum Luísa Todi)**

Pela segunda vez a cidade de Setúbal recebeu o Fisiotróia2006, um evento organizado pelos estudantes do curso de fisioterapia da Escola Superior de Saúde de Setúbal em colaboração com os docentes desta área disciplinar, e cujo objectivo é o de divulgar e partilhar o trabalho e a investigação que se faz nas diferentes escolas do país no campo da fisioterapia. Este ano o Fisiotróia2006 repartiu o seu programa científico e lúdico/social por 4 dias e 3 noites durante os quais, os cerca de 300 participantes puderam acompanhar a apresentação dos trabalhos e participar nas diferentes actividades organizadas, que incluíam jantares de confraternização, música, concertos, passeio de barco pela baía de Setúbal e Tróia, e ainda actividades desportivas. Apesar da chuva que se fez sentir nos dois primeiros dias, os participantes mostraram sempre o seu interesse e entusiasmo, fazendo com que este espírito de partilha fosse sentido por todos quantos estiveram presentes.

Como podemos apreciar nas palavras da comissão organizadora:

“O Fisiotróia2006 acabou, mas o espírito Fisiotróia continua bem vivo dentro de cada um de nós, e isso tem-se verificado através das conversas nos corredores, as mensagens em diversos sítios da internet e as iniciativas criadas na internet para que ninguém se esqueça do que se passou e sentiu nestes 4 fantásticos dias.

*Para todos vos que estiveram presentes no Fisiotróia2006 e que ajudaram a torná-lo no grande evento que foi, um muito obrigado!
Até 2008!”*



PLANO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA (clique aqui)

FICHA de INSCRIÇÃO para FORMAÇÃO

Nome: _____

Morada: _____

Cód. Postal: ____ - _____ Tlm/Tel: _____

Email: _____

Instituição de Trabalho: _____

Colabora com a ESS-IPS? Sim Não

Que tipo de colaboração? _____

Curso a que se inscreve: _____

Forma de Pagamento (cheque, com envio para a morada da ESS-IPS):

N.º Cheque _____ Banco: _____

Data: ____/ ____/ ____



ESSFISIONLINE

VOL.2, N.º2, MARÇO/2006

ESSNotícias

**Volume 2, N.º 4 disponível em
Setembro 2006**