

*O Movimento é a nossa Metáfora*

*Editorial* Where to turn to?  
*Madalena Gomes da Silva e Lina Robalo*

*Artigos Científicos* A Prática de Fisioterapia em Entorses Crónicas da Tibio-társica em Inversão  
*Hugo Pereira e João Gil*

Contributo para a adaptação e validação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Utentes após AVC (*Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL*)  
*Andreia Malheiro, Ângela Nicola e Carla Pereira.*

*Revisões da Literatura* Regras Preditivas Clínicas para a manipulação e exercícios de estabilização vertebral em Utentes com Dor lombar e Cervical: revisão da literatura.  
*Eurico Gonçalves*

*Desenvolvimento Profissional* Concepções e sentimentos em relação à Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): estudo do caso dos estudantes de fisioterapia da Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto  
*Rui Macedo*

*EssNotícias*



JULHO/2009

**Editores****Madalena Gomes da Silva**

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

**Lina Robalo**

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

**Comissão Editorial****Aldina Lucena**

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

**Ricardo Matias**

Assistente da Escola Superior  
de Saúde - Instituto Politécnico  
de Setúbal

**Teresa Paula Mimoso**

Assistente da Escola Superior  
de Saúde - Instituto Politécnico  
de Setúbal

**Índice****Editorial.....pág. 2**

Where to turn to?

*Madalena Gomes da Silva e Lina Robalo*

**Artigos Científicos.....pág. 3**

A Prática de Fisioterapia em Entorses Crónicas  
da Tibio-társica em Inversão

*Hugo Pereira e João Gil*

Contributo para a adaptação e validação da  
Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para  
Utentes após AVC (*Stroke Specific Quality of  
Life Scale: SS-QoL*)

*Andreia Malheiro, Ângela Nicola e Carla Pereira.*

**Revisões da Literatura.....pág. 33**

Regras Preditivas Clínicas para a manipulação  
e exercícios de estabilização vertebral em  
Utentes com Dor lombar e Cervical: revisão da  
literatura.

*Eurico Gonçalves*

**Desenvolvimento Profissional.....pág. 44**

Concepções e sentimentos em relação à  
Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP):  
estudo do caso dos estudantes de fisioterapia da  
Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

*Rui Macedo*

**ESSNotícias.....pág. 78**

Inscrição na Mailing list EssFisiOnline em:

[www.ess.ips.pt](http://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](mailto:essfisionline@ess.ips.pt)

Telef: 265 709 300

**ISSN: 1646-0634**



## WHERE TO TURN TO?

---

Despite the fact that the Portuguese National Health Programme (2004-2010) will finish next year, the priorities identified are as updated today as they were then.

Looking at the concept of potential health presented - "Potential health may be perceived as a possibility to a greater absence of disease, greater wellbeing or for a greater functional ability" - it is clear that physiotherapy has an important role contributing to all three domains identified; however, generally we focus our intervention in the latter.

This may result in the fact that we are not fully exploring our contribution, as a profession, to the national health priorities.

Based on information available in 2004, the following diseases and its integrated management have been defined as priorities: cancer (breast, colon, rectus and uterus); cardiac ischemic disease and stroke; AIDS and Siflis; depression and alcohol abuse as well as travelling and work accidents. On a different approach, but also based on solid diagnostic information, the following aspects have been considered priorities: levels of mobility and physical activity as well as the increasing levels of obesity, in children, adolescents, adults and elderly people.

Our intervention, regardless of the context, institution or existing skills, should contribute to the minimization of these problems.

If, in some of these problems our role is clearly to work on the recovery of functional movement, other areas may require a different approach more centered on the promotion of health (as suggested on the definition of potential health used). This could be true for our potential intervention in the area of mental health, or our possible contribution to the reduction of obesity a growing problem in Portugal.

In times where finding a job is not so easy for physiotherapists, the proposal of projects in these areas to different institutions or authorities, is a real possibility, bringing a valid contribution of the health problems of the Portuguese population.

Think BIG, do not disregard your ideas! Believe in yourself, your skills and competencies as well as in your potential contribution to the National Health Status!

**Lina Robalo e Madalena Gomes da Silva**



## QUAL O CAMINHO A SEGUIR?

---

Apesar do Plano Nacional de Saúde (2004-2010), terminar temporalmente no próximo ano, as prioridades definidas em 2004 mantêm-se na actualidade.

Tendo como ponto de partida o entendimento de saúde definido no referido plano, em que - “A saúde potencial pode ser percebida como uma possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem estar ou para uma maior aptidão funcional”- claramente a fisioterapia pode dar um importante contributo nos três domínios identificados, no entanto a nossa intervenção continua a ser mais centrada no último dos domínios.

Isto poderá estar relacionado com o facto de, até agora não termos conseguido explorar verdadeiramente aquele que poderá ser o nosso potencial contributo enquanto profissão para as prioridades de saúde nacionais.

As doenças identificadas em seguida, bem como a sua gestão integrada foram definidas como prioritárias no Plano Nacional de Saúde, são elas: o Cancro (mama, cólon, recto e útero); Doenças cardíacas e Acidente vascular cerebral; Sida e Sífilis; Depressão e Alcoolismo, assim como o resultado dos Acidentes de viação e de trabalho. Numa perspectiva diferente, mas igualmente baseada em informações sólidas, os seguintes aspectos foram também considerados como prioridades: Os baixos níveis de mobilidade e actividade física assim como o Aumento dos níveis de obesidade em crianças, adolescentes, adultos e idosos. A intervenção da fisioterapia, independentemente do contexto ou da instituição onde decorre, deverá contribuir para a minimização destes problemas.

Se nalguns destes problemas identificados como prioritários o nosso papel é claro no contributo para a recuperação funcional, em outras situações é necessário uma abordagem mais centrada na promoção da saúde (tal como é sugerido na definição acima utilizada de potencial de Saúde). Isto poderá ser mais explícito para nossa intervenção em áreas como a saúde mental, ou o nosso possível contributo para a redução da obesidade (considerado um problema crescente na população portuguesa).

Numa altura em que encontrar emprego como fisioterapeuta começa a ser difícil, o desenvolvimento e a implementação de projectos nestas áreas, em diferentes locais e instituições, é uma possibilidade válida e real, desde que estes promovam um contributo para a resolução dos problemas de saúde da população.

Pensar em grande, não desvalorizar ideias! Acreditar nas nossas capacidades e competências assim como no potencial do contributo das mesmas para a saúde em termos nacionais, é sempre um bom ponto de partida para o caminho a seguir.

**Lina Robalo e Madalena Gomes da Silva**



## A PRÁTICA DE FISIOTERAPIA EM ENTORSES CRÓNICAS DA TIBIO-TÁRSICA EM INVERSÃO

Hugo Pereira \* e João Gil \*

[hugo.msap@gmail.com](mailto:hugo.msap@gmail.com)

### INTRODUÇÃO

A entorse da tibio-társica é, na actualidade, a lesão desportiva mais prevalente e uma das que ocorre com maior frequência na população em geral (AMERICAN ORTHOPAEDIC FOOT AND ANKLE SOCIETY - AOFAS, 2005; ROYAL DUTCH SOCIETY FOR PHYSICAL THERAPY - KNGF, 2003).

O mecanismo mais comum de lesão (85% dos casos de entorse) envolve uma excessiva inversão do complexo articular, sendo a sua etiologia maioritariamente traumática. Se não for convenientemente tratada pode dar origem a alterações residuais. De facto, aproximadamente 40% das entorses resultam em instabilidade funcional e dor, estando na base das complicações inerentes à condição crónica, nomeadamente episódios recorrentes de recidiva (WOLFE, 2001; DENEGAR & MILLER, 2002).

Na abordagem desta condição de saúde o fisioterapeuta tem acesso a um conjunto variado de opções de tratamento. No sentido de proporcionar um cuidado efectivo, o fisioterapeuta deve fundamentar a sua prática, tendo por base a melhor evidência disponível para as distintas opções de intervenção. O recurso a *guidelines* constitui um instrumento bastante fiável e útil para tomada da decisão clínica (KNGF, 2005).

Na literatura publicada é corrente aparecerem indicações para o tratamento de entorses da tibio-társica, pouco sustentadas em resultados ou na prova da sua adequação. Assim sendo as *guidelines* assumem uma importância nuclear com vista a um exercício que assegure um tratamento efectivo e de qualidade, já que as recomendações nelas contidas, delineadas por especialistas, se baseiam na revisão da evidência disponível, procurando uma abordagem custo-effectiva e reflectindo um consenso multidisciplinar no diagnóstico, tratamento e prevenção primária e secundária (KNGF, 2005).

Enquadram-se como principais objectivos deste trabalho: (i) identificar as opções de tratamento que os fisioterapeutas tomam face a um quadro de entorse crónica da tibio-társica em

\*Escola Superior de  
Tecnologia da Saúde de  
Coimbra

inversão (ii) analisar eventuais associações entre as opções havidas e características sócio-demográficas e de contexto do exercício e (iii) identificar se tais opções acordam com a evidência existente.

## METODOLOGIA

### Desenho do estudo

Para a análise da prática da fisioterapia na condição de saúde entorse crónica da tíbio-társica em inversão recorreu-se a um estudo descritivo-correlacional, de nível II, e quanto ao corte, transversal.

### Amostra

Fizeram parte da amostra fisioterapeutas de ambos os sexos, com mais de 21 anos, com exercício em serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos ou privados, da região centro de Portugal, com experiência na área músculo-esquelética e contacto frequente com a condição de saúde em causa. Esta amostra não probabilística e de conveniência enquadrava um total de 124 fisioterapeutas repartidos por 34 instituições.

### Instrumento utilizado

Para a recolha de dados foi utilizado um inquérito sob a forma de questionário elaborado pelos autores do estudo. Este questionário, recebeu a designação de – *A Prática de Fisioterapia em Entorses Crónicas da Tíbio-Társica em Inversão (PF-ECTTI)*, tendo sido sujeito a uma análise de conteúdo por um painel de sete fisioterapeutas com ampla experiência no tratamento de entorse da tíbio-társica, com o fim último de avaliação da sua compreensão e aceitação.

O *PF-ECTTI* é constituído por um cenário clínico representativo da condição de saúde em causa, a partir do qual se questiona o respondente sobre as opções de tratamento que efectuará quer em termos de modalidades (ex: agentes físicos), quer em termos de procedimentos terapêuticos (ex: ultra-sons, TENS), quer ainda em termos da frequência, duração e número de sessões previstos para o tratamento. Ao respondente era posteriormente solicitado que das modalidades ou procedimentos identificados seleccionasse aqueles de que não prescindiria. O questionário recolhia ainda informação relativa a dados sócio-demográficos, tais como idade, sexo, formação académica, local e anos de exercício.

Para agrupar os tratamentos de fisioterapia efectuados foi utilizada a classificação constante nas *Guidelines for the Practice da American Physical Therapy Association* (2001).

### Recolha de dados

O *PF-ECTTI* foi entregue e recolhido directamente, ou via correio, tendo-se procurado incluir profissionais de todas as sub-regiões de saúde do centro. Assim, dos 124 questionários, 27 foram entregues no distrito de Aveiro; 15 em Castelo Branco; 24 no distrito de Coimbra; 8 no da Guarda; 33 no de Leiria e 17 no distrito de Viseu. O processo de recolha decorreu entre os meses de Fevereiro e Abril de 2007.

### Análise estatística

Para a descrição e caracterização da amostra utilizaram-se as medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude e desvio padrão).

Para análise de associação entre características dos respondentes (grupo etário, sexo, anos de actividade profissional, formação académica, local de trabalho) e a adopção de distintos padrões de intervenção, recorreu-se ao teste *Chi-quadrado*.

Utilizou-se ainda o coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar eventuais relações entre a idade e anos de actividade profissional com o número de procedimentos ou modalidades, o número de sessões de tratamento, a frequência semanal, o tempo por sessão e duração total do tratamento.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software SPSS 13.0 (*Statistic Package for the Social Sciences* – versão para Windows), tendo sido considerados estatisticamente significativos valores de  $p < 0,05$ .

## Resultados

### Caracterização e descrição da amostra

A amostra final incluiu um total de 54 fisioterapeutas, 36 mulheres (66,7%) e 18 homens, com uma idade média de  $30,56 \pm 8,1$  anos maioritariamente detentores do grau de licenciado (83,3%). Exerciam a profissão há cerca de  $8,08 \pm 6,6$  anos, variando entre 1 e 25 anos, predominantemente num único local (66,7%) de cariz privado (61%).

### Modalidades e procedimentos identificados e padrões resultantes

As modalidades e procedimentos terapêuticos mais frequentemente identificados como necessários para a abordagem da condição específica apresentada (entorse crónica da tibiotalar em inversão), bem como os padrões de modalidades daí retirados estão expressos na Tabela 1.

Observou-se alguma variabilidade nas opções havidas, sendo que no que diz respeito aos procedimentos terapêuticos não foi possível apresentar resultados que apontem para padrões de prática predominantes. Releve-se que em 54 fisioterapeutas houve, a este nível, 52 opções de respostas distintas.

Em média, cada pacote de tratamentos continha  $4,9 \pm 0,8$  modalidades terapêuticas e  $11,2 \pm 2,9$  procedimentos. O número médio de sessões indicado pelos participantes como necessário para a intervenção é de  $13,9 \pm 8,2$ , para o mínimo de 1 sessão e um máximo de 55, com uma frequência média de  $4 \pm 1,1$  sessões por semana. Cada sessão teria uma duração média de  $63,4 \pm 21,9$  minutos e uma duração total de tratamento de  $16,4 \pm 12,8$  horas.

**Tabela 1:** Modalidades e procedimentos terapêuticos mais frequentes (n=54) e padrões de modalidades resultantes

	Nº de referências (% do total dos casos)
<i>Modalidades terapêuticas (total de referências 128)</i>	
Exercícios terapêuticos/terapias pelo movimento	51 (94,4)
Terapias manuais	28 (51,9)
Agentes físicos e electroterapia	22 (40,7)
Procedimentos mecânicos e/ou ajudas técnicas	11 (20,4)
<i>Procedimentos terapêuticos (total de referências 227)</i>	
Treino de equilíbrio/coordenação/propriocepção	42 (77,8)
Exercícios de fortalecimento e resistência	33 (61,1)
Massagem do tecido conjuntivo	17 (31,5)
Ultra-sons	15 (27,8)
Crioterapia	12 (22,2)
Treino de marcha	12 (22,2)
Mobilização/manipulação articular	12 (22,2)
<i>Padrão de modalidades (n=54)</i>	
TMOV	13 (24,1)
TMAN	2 (3,7)
PM	1 (1,9)
TMOV; TMAN	7 (13,0)
TMOV; TF	3 (5,6)
TMOV; AF	4 (7,4)
TMOV; PM	2 (3,7)
E/A; TMOV; TMAN	1 (1,9)
TMOV; TMAN; AF	7 (13,0)
TMOV; TMAN; PM	3 (5,6)
TMOV; AF; PM	2 (3,7)
E/A; TMOV; TMAN; AF	5 (9,3)
E/A; TMOV; TF; AF	1 (1,9)
E/A; TMOV; TMAN; AF; PM	1 (1,9)
E/A; TMOV; TMAN; TF; AF; PM	2 (3,7)

“E/A” - ensino/aconselhamento; “TMOV” - terapias pelo movimento/exercícios terapêuticos; “TMAN” - terapias manuais; “TF” - treino funcional; “AF” - agentes físicos e electroterapia; “PM” - procedimentos mecânicos e/ou ajudas técnicas.

Modalidades e procedimentos de que não se prescindiria

Os resultados constantes da Tabela 2, dizem respeito às opções tomadas pelos participantes, quando confrontados com a necessidade de definirem o conjunto de modalidades/procedimentos dos quais não abdicariam em circunstância alguma.

Observa-se um elevado número de padrões de modalidades (15) e apenas dois não incluem *terapias pelo movimento*. Uma vez mais, e no que respeita aos procedimentos terapêuticos não foi possível apresentar resultados que apontassem para um qualquer padrão predominante.

Em média, cada pacote de tratamentos continha  $2,4 \pm 1,3$  modalidades terapêuticas e  $4,2 \pm 3,2$  procedimentos.

Quando este pacote é comparado com o identificado inicialmente verifica-se uma tendência para a diminuição do número de modalidades e procedimentos que contém, diferença esta de valor significativo ( $p=0,000$ ).

**Tabela 2:** Modalidades e procedimentos terapêuticos imprescindíveis ( $n=54$ ) e padrões de modalidades resultantes

	Nº de referências (% do total dos casos)
<i>Modalidades terapêuticas (total de referências 128)</i>	
Exercícios terapêuticos/terapias pelo movimento	51 (94,4)
Terapias manuais	28 (51,9)
Agentes físicos e electroterapia	22 (40,7)
Procedimentos mecânicos e/ou ajudas técnicas	11 (20,4)
<i>Procedimentos terapêuticos (total de referências 227)</i>	
Treino de equilíbrio/coordenação/propriocepção	42 (77,8)
Exercícios de fortalecimento e resistência	33 (61,1)
Massagem do tecido conjuntivo	17 (31,5)
Ultra-sons	15 (27,8)
Crioterapia	12 (22,2)
Treino de marcha	12 (22,2)
Mobilização/manipulação articular	12 (22,2)
<i>Padrão de modalidades (n=54)</i>	
TMOV	13 (24,1)
TMAN	2 (3,7)
PM	1 (1,9)
TMOV; TMAN	7 (13,0)
TMOV; TF	3 (5,6)
TMOV; AF	4 (7,4)
TMOV; PM	2 (3,7)
E/A; TMOV; TMAN	1 (1,9)
TMOV; TMAN; AF	7 (13,0)
TMOV; TMAN; PM	3 (5,6)
TMOV; AF; PM	2 (3,7)
E/A; TMOV; TMAN; AF	5 (9,3)
E/A; TMOV; TF; AF	1 (1,9)
E/A; TMOV; TMAN; AF; PM	1 (1,9)
E/A; TMOV; TMAN; TF; AF; PM	2 (3,7)

“E/A” – ensino/aconselhamento; “TMOV” – terapias pelo movimento/exercícios terapêuticos; “TMAN” – terapias manuais; “TF” – treino funcional; “AF” – agentes físicos e electroterapia; “PM” – procedimentos mecânicos e/ou ajudas técnicas.

Características individuais dos respondentes vs Padrões de modalidades identificadas

Relativamente ao estudo de eventuais associações entre os três padrões de modalidades mais frequentes (E/A; TMOV; TMAN; AF - E/A; TMOV; TMAN; AF; PM - E/A; TMOV; TMAN; TF; AF; PM) e algumas características dos respondentes, apenas os anos de exercício ganham alguma relevância, já que, adoptam padrões mais longos (seis modalidades) os fisioterapeutas que



exercem há menos de 10 anos ( $p=0,021$ ). Nem a idade nem o número de anos de actividade se correlacionam com o número de procedimentos ou modalidades, o número de sessões de tratamento, a frequência semanal, o tempo por sessão ou a duração total do tratamento escolhidos. Nenhuma das outras variáveis, grupo etário, sexo, local de trabalho, exercício em um ou mais locais e grau de formação académica, se associou à identificação de um distinto padrão de modalidades.

## Discussão

Uma análise global dos resultados obtidos remete-nos para a percepção sobre uma prática em entorses crónicas da tibio-társica em inversão que se caracterizará, na amostra em causa, por alguma diversidade. O facto de se terem reportado oito padrões de modalidades e cinquenta e dois padrões de procedimentos terapêuticos distintos constitui exemplo disso mesmo. Tal variabilidade revela uma eventual dificuldade na selecção dos melhores procedimentos e/ou modalidades terapêuticas e poder-se-á justificar (i) por uma cultura de formação base que coloca ênfase na aquisição de competências técnicas, mas não necessariamente na sua melhor selecção ou (ii) pela existência de rotinas de tratamento que dificultam o surgimento de novas práticas assentes não apenas na experiência do profissional, mas também na demonstração da eficácia e efectividade clínica. Também a forma predominante de pagamento dos cuidados, pagamento ao acto, estimula a existência de uma prática com recurso a um número elevado de procedimentos ou à escolha dos mais participados.

Foram referidos como desejáveis tratamentos que comportavam uma média de cinco modalidades e onze procedimentos havendo até a identificação de tratamentos com quinze ou dezasseis procedimentos terapêuticos. A opção por uma grande quantidade de componentes terapêuticas indicará, muito provavelmente e uma vez mais, uma real dificuldade em seleccionar e optar por intervenções com efectividade comprovada.

No que respeita à duração do tratamento, apenas as KNGF *guidelines* (2003) fornecem alguma orientação científica defendendo-se que, para o sucesso do tratamento, é requerido um contacto frequente com o paciente, não sendo recomendáveis menos de duas sessões por semana. Tal facto foi verificado no nosso estudo. Contudo, o número médio de sessões identificado, parece apontar para a clássica referência das quinze a vinte sessões, tão usual no contexto dos cuidados ambulatoriais de fisioterapia em Portugal.

Para a condição entorse crónica da tibio-társica em inversão, as modalidades que incluem procedimentos com algum nível de evidência, são as *terapias pelo movimento* e os *procedimentos mecânicos e/ou ajudas técnicas*. Também o *ensino/aconselhamento* deve ser considerado, dado que é visto, na generalidade, como uma modalidade intrínseca à nossa intervenção, pela forte componente preventiva e educativa que lhe está associada (KNGF, 2003). Neste estudo, e no que se refere às opções de tratamento que realizariam, as *terapias pelo movimento* e o *ensino/aconselhamento* foram referidas pela quase totalidade dos indivíduos e os *procedimentos mecânicos e/ou ajudas técnicas* pela sua grande maioria. Todavia, verifica-se que não há nenhum padrão de tratamento que inclua apenas aquelas modalidades. De facto elas surgem em três dos oito padrões registados, sendo acompanhadas por modalidades que não são consideradas efectivas, nomeadamente as *terapias manuais* e os *agentes físicos e electroterapia*. Ao nível das *terapias pelo movimento*, o procedimento terapêutico *treino de equilíbrio/coordenação/propriocepção* foi referido por praticamente todos os inquiridos, constituindo uma opção de tratamento com efectividade suportada por diversos estudos. Bernier e Perrin (1998) e Osborne e Rizzo (2003) reportam um aumento de equilíbrio e de estabilidade funcional da tibio-társica após um programa de treino de coordenação/propriocepção. Revisões de Verhagen

e colaboradores (2000) e de Mc Guine e Keene (2003) concluíram que indivíduos que sofreram uma entorse, submetidos a um treino proprioceptivo, apresentaram o mesmo risco de uma nova lesão, que indivíduos que nunca sofreram uma entorse. As *guidelines* já referenciadas suportam a eficácia do treino de equilíbrio e coordenação na produção da estabilidade articular do tornozelo. Também Stomp e colegas (2005), concluíram pela evidência, o treino proprioceptivo e o uso de órteses como efectivos na diminuição da reincidência de entorse. Os procedimentos *exercícios de fortalecimento e resistência*, mencionados por mais de 80% dos fisioterapeutas, surgem como uma opção credível para a prática, sendo suportado por estudos como os de Kannus e colaboradores (1992) e Uh e colaboradores (2000). Também o grupo de trabalho das KNGF *guidelines* (2003) considera o treino de força muscular como importante para o alcance da estabilidade funcional.

Apesar de não haver um nível confortável de evidência que suporte a efectividade do *treino de marcha*, o grupo de trabalho das KNGF *guidelines* (2003) considera-o um dos procedimentos centrais e relevantes no tratamento de entorses crónicas, sendo que, tal procedimento, constituiu a opção de um pouco mais de metade dos participantes neste trabalho.

Na modalidade terapêutica *procedimentos mecânicos e/ou ajudas técnicas*, as *ligaduras funcionais* (52%) e as *ortóteses* (22%) foram os recursos mais identificados, acordando com orientações clínicas presentes em estudos de Stomp e colaboradores (2005), Hume e Gerrard (1998) e Thacker e colaboradores (1999). Na sua revisão da literatura, Olmsted-Kramer e Hertel (2004), consideraram as ortóteses e as ligaduras funcionais como um meio efectivo na redução do risco de entorse, seja pela restrição ao movimento excessivo que oferecem, seja pelo aumento da função proprioceptiva e controlo neuromuscular.

O *ensino/aconselhamento* é incluído por alguns estudos no programa preventivo. Ekstrand e colegas (1983) e Bahr e colegas (1997) encontraram reduções bastante significativas na incidência de lesões por entorse, pela aplicação de um programa de que incluía a educação de estratégias preventivas. Rourke (1994) concluiu que o ensino, bem como a partilha de informação (escrita ou oral) com o paciente, é relevante para o seu processo de recuperação. Ora, esta modalidade e, nela, o ensino visando a prevenção secundária são tidos, por quase todos os participantes, como componentes essenciais do pacote de tratamentos.

As *terapias manuais* são quase sempre referenciadas pelos elementos da nossa amostra. Os procedimentos *massagem do tecido conjuntivo*, *massagem terapêutica*, *mobilização/manipulação articular* e *mobilização* são frequentemente identificados. Ora para uma modalidade em que a evidência está ausente, as terapias manuais aparecem no panorama das opções havidas com uma relevância que nos parece algo controversa. Releve-se que as KNGF *guidelines* (2003) apenas recomendam técnicas passivas de mobilização/manipulação, quando a maximização da performance funcional não é possível por meio de exercícios activos.

Os *agentes físicos* aparecem referenciados comumente na literatura como uma modalidade a utilizar em situações agudas de entorse. Já no que diz respeito à sua utilização em processos crónicos, não foi encontrada qualquer alusão quanto à sua efectividade. Contudo, mais de metade dos inquiridos referiram a *crioterapia* como uma opção no tratamento da entorse crónica. No que se refere ao uso da *electroterapia*, *ultra-som* e *laser* não há evidência de que estes procedimentos aumentem a efectividade do tratamento (KNGF, 2003). A revisão de Van der Windt e colaboradores (1999), conclui pela inexistência de evidência quanto à utilidade do uso de ultra-som em disfunções musculoesqueléticas. Ainda assim, no nosso estudo, o ultra-som foi incluído em muitos dos pacotes de tratamento identificados. Pacotes de tratamento que na sua maioria incluem não só modalidades ou procedimentos terapêuticos efectivos mas, também, aqueles em que tal evidência não existe ou é contraditória, indiciam dificuldade no processo das melhores selecções.

No estudo de possíveis relações entre a adopção de determinados padrões de tratamento e algumas variáveis demográficas, apenas relevou a variável anos de actividade profissional. A mais anos de exercício, correspondeu a opção por um menor número de modalidades/procedimentos. Uma maior experiência clínica parece conferir maior facilidade na tomada de decisão, surgindo-nos tal resultado como lógico e compreensível.

Tivemos ainda curiosidade em perceber se os padrões de tratamento que são referidos como os que seriam realizados numa entorse crónica da tíbio-társica em inversão, correspondem ou não aos padrões que são mencionados, pelos mesmos indivíduos, como imprescindíveis. Previu-se então que esses padrões não seriam coincidentes. Tal facto verificou-se em relação a múltiplos aspectos do tratamento, mas dos quais importa realçar os que se seguem.

Quando se solicitou aos respondentes que das modalidades/procedimentos fossem identificados aqueles de que não abdicariam registou-se uma redução significativa no número de componentes terapêuticos seleccionados. Releve-se, que nesta situação, já se verificam padrões de tratamento com uma ou duas modalidades e padrões que enquadram apenas modalidades efectivas. É o caso do padrão constituído unicamente pelas *terapias pelo movimento* (cerca de um quarto das opções) e do padrão *terapias pelo movimento e procedimentos mecânicos* (mais de 10% das opções). Todavia, continua maioritário o conjunto de padrões que incluem modalidades não efectivas. Saliente-se aqui o facto das *terapias manuais* e dos *agentes físicos e electroterapia* demonstrarem ainda uma sólida posição nas escolhas dos fisioterapeutas, mesmo quando se pretende limitar essas opções ao estritamente essencial. Em simultâneo observa-se um decréscimo acentuado da importância dada pelos fisioterapeutas a componentes efectivas, tais como as *ligaduras funcionais* e o *ensino/aconselhamento*.

Independentemente do reportado fornecer sinais mais ou menos contraditórios quanto a utilização da melhor evidência disponível por parte dos inquiridos, realce-se o facto de, nas duas circunstâncias (modalidade identificada/modalidade imprescindível) as *terapias pelo movimento* terem constituído opção central para o tratamento da entorse crónica da tíbio-társica em inversão, até porque como repetidamente já afirmámos esta intervenção é considerada pela generalidade da literatura como comprovadamente efectiva.

O reduzido tamanho da amostra e metodologia para a sua selecção constituem um claro limite do presente trabalho, não permitindo de modo algum a generalização dos resultados observados.

## **Conclusão**

No contexto do estudo efectuado verifica-se que:

Os padrões de tratamento identificados evidenciam uma grande variabilidade nas opções por modalidades e procedimentos terapêuticos.

O pacote de tratamentos engloba muitas vezes um grande número de modalidades/procedimentos terapêuticos. Se por um lado, esta estratégia acaba por reflectir a adopção de componentes com efectividade comprovada, inclui também um conjunto de procedimentos para os quais não há evidência, indiciando alguma dificuldade em ser selectivo.

Estudos futuros em amostras representativas deverão aprofundar algumas das questões que o presente trabalho levanta. Melhorar o conhecimento sobre a nossa prática e a sua adequação à melhor evidência disponível seria o objectivo.

---

## Bibliografia

- AOFAS (AMERICAN ORTHOPAEDIC FOOT AND ANKLE SOCIETY) - *Sprained Ankle*. American Academy of Orthopaedic Surgeons (serial online) (cited 2005). Disponível em: [http://orthoinfo.aaos.org/fact/thr\\_report.cfm?thread\\_id=152&topcategory=foot](http://orthoinfo.aaos.org/fact/thr_report.cfm?thread_id=152&topcategory=foot)
- APTA (AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION) – Guide to Physical Therapist Practice. *Physical Therapy*. Vol.81, N°1 (Jan. 2001), 187-202.
- BAHR, R. *et al.* - A Twofold Reduction in the Incidence of Acute Ankle Sprains in Volleyball After the Introduction of an Injury Prevention Program: a Prospective Cohort Study. *Scand.J.M.S. Sports*. N°7, (1997), 172-177.
- BERNIER, J.N. & PERRIN, D.H. - Effect of Coordination Training on Proprioception of the Functionally Unstable Ankle. *Journal Orthopaedic Sports Physical Therapy*. N°27, (1998), 264-275.
- DENEGAR, C.R. & MILLER, S.J. - Can Chronic Ankle Instability Be Prevented? Rethinking Management of Lateral Ankle Sprains. *Journal of Athletic Training*. Vol.37, N°4. (2002), 430-435.
- EKSTRAND, J. *et al.* - Prevention of Soccer Injuries: Supervision by Doctor and Physiotherapist. *American Journal Sports Medicine*. Vol.11, N°3, (1983), 116-120.
- HUME, P.A. & GERRARD D.F. - Effectiveness of External Support: Bracing and Taping in rugby union. *Sports Medicine*. Vol.25, N°5, (1998), 285-312.
- KANNUS, P. *et al.* - Effect of One-legged Exercise on the Strength, Power and Endurance of the Contralateral Leg. *Eur. J. Appl. Physiol*. N°64, (1992), 117-26.
- KNGF (ROYAL DUTCH SOCIETY FOR PHYSICAL THERAPY) - Clinical Practice Guidelines for Physical Therapy in Patients with Chronic Ankle Sprain. *KNGF (serial online)* (cited 2003). Disponível em: <https://www.cebp.nl/media/m7.pdf>
- KNGF (ROYAL DUTCH SOCIETY FOR PHYSICAL THERAPY) - Development and Implementation of Clinical Practice Guidelines in Physical Therapy. *KNGF (serial online)* (cited 2005); Disponível em: URL: <https://www.cebp.nl/media/m9.pdf>
- Mc GUINE, T.A. & KEENE, J.S. - Do Proprioceptive Training Programmes Reduce the Risk of Ankle Sprains in Athletes? *International Sport Medicin Journal*. Vol.4, N°5, (2003).
- OLMSTED-KRAMER, L.C. & HERTEL J. - Preventing Recurrent Lateral Ankle Sprains: An Evidence-based Approach. *Human Kinetics – ATT*. Vol.9, N°6, (Nov. 2004).
- OSBORNE, M.D. & RIZZO, Jr. T.D. - Prevention and Treatment of Ankle Sprain in Athletes. *Sports Medicine*. Vol.33, N°15, (2003), 1145-1150.
- ROURKE, R. - The Evaluation and Treatment of Ankle Sprains. *Journal of Emergency Nursing*. Vol.20, N°6, (1994), 528-539.
- STOMP, D.J. *et al.* - Efficacy of Conservative Interventions and Prevention in Patients with Recurrent Ankle Sprain: a Systematic Review. *Dutch Journal of Physical Therapy*. Vol.115, n°2 (2005), 26-31.
- THACKER *et al.* - The Prevention of Ankle Sprains in Sports. *The American Journal of Sports Medicine*. Vol. 27, N°6, (1999), 753-760.
- UH, B.S. *et al.* - The Benefit of a Single-leg Strength Training Program for the Muscles Around the Untrained Ankle. *American Journal Sports Medicine*. N°28, (2000), 568-73.
- VAN DER WINDT *et al.* - Ultrasound therapy for musculoskeletal disorders: a systematic review. *Pain Journal*. Vol. 8, N°3, (1999), 257-271.
- VERHAGEN, E. A., VAN MECHELEN W. & DE VENDE W. - The Effect of Preventive Measures on the Incidence of Ankle Sprains. *Clin Journal Sport Medicine*. N°10, (2000), 291-6.
- WOLFE, M.W. - Management of Ankle Sprain. *American Family Physicians (serial online)* (cited 2001).Disponível em: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m3225/is\\_1\\_63/ai\\_68547610](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_1_63/ai_68547610)



## CONTRIBUTO PARA A ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA UTENTES APÓS AVC (STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE: SS-QOL)

Andreia Malheiro\*, Ângela Nicola\* e Carla Pereira\*\*

[carla.pereira@ess.ips.pt](mailto:carla.pereira@ess.ips.pt)

### INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade de vida após AVC e o reconhecimento de que a sua avaliação deve integrar a perspectiva do utente tem sido amplamente considerada, sendo, contudo, ponderadas algumas vantagens para a utilização de instrumentos específicos para a sua avaliação, em comparação com as medidas genéricas. Estas proporcionam uma avaliação específica face ao impacto do AVC e das suas consequências (WILLIAMS *et al.*, 1999; HAAN *et al.*, 1993).

A ocorrência de AVC tem um impacto directo ou secundário na maioria dos aspectos da saúde dos utentes, verificando-se que, mesmo os que apresentam apenas consequências mínimas, a sua maioria reporta uma diminuição da sua qualidade de vida, (DUNCAN *et al.*, 1997; WILLIAMS *et al.*, 1999; HOBART *et al.*, 2002), a qual tende a deteriorar-se ao longo do tempo.

Alguns factores têm demonstrado contribuir para esta diminuição da qualidade de vida registada nestes utentes, incluindo-se o avançar da idade, a severidade ao nível funcional, a falta de suporte social, a incapacidade de retorno ao trabalho, o compromisso cognitivo e a presença de problemas de saúde associados (SALADIN, 2000). Também, alguns autores, como Muus e Ringsberg (2005), defendem que a perda ou diminuição na linguagem por parte de alguns utentes após o AVC é, igualmente, um factor que se encontra significativamente relacionado com um baixo nível de qualidade de vida nestes utentes, pela sua repercussão na comunicação e integração social.

Do mesmo modo, a depressão, verificada em 23 a 41% dos utentes nos primeiros meses após a ocorrência do AVC e, em 33 a 48% de utentes, 3 a 5 anos após a ocorrência do mesmo, é outro dos factores que se encontra grandemente relacionado com o compromisso da recuperação funcional, bem como com a deterioração da sua qualidade de vida (MUUS & RINGSBERG, 2005). Por outro lado, o declínio da função sexual, resultante de factores psicológicos, défices neurológicos e cognitivos associados

\* **Fisioterapeutas  
Licenciadas pela Escola  
Superior de Saúde do  
Instituto Politécnico  
de Setúbal**

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

ao AVC, e condições clínicas associadas, parece contribuir para a redução dos níveis de qualidade de vida destes utentes (KORPELAINEN *et al.*, 1999 cit. por KAUKHANEN, 1999).

Também, a diminuição ou incapacidade funcional e a diminuição da autonomia, têm demonstrado relacionar-se com a diminuição da qualidade de vida em utentes pós-AVC. Contudo, mesmo utentes independentes na realização das suas AVD's têm reportado uma diminuição da sua qualidade de vida, suportando o facto de a utilização isolada de instrumentos de medida de avaliação funcional não ser suficiente para documentar os seus resultados. Deste modo, é sugerido que os profissionais de saúde não se restrinjam à avaliação e intervenção ao nível das disfunções físicas e limitações funcionais, tornando-se relevante a avaliação da qualidade de vida nestes utentes (SALADIN, 2000).

Segundo Williams e colaboradores (1999) e Saladin (2000), a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes pós-AVC possibilita a compreensão por parte dos profissionais de saúde acerca dos aspectos específicos que afectam a vida destes utentes e da sua percepção de impacto do AVC na sua vida. Tal contribui para a definição de objectivos de intervenção mais direccionados e ajustados às suas necessidades, uma distribuição direccionada de recursos de forma a melhorar os aspectos que interferem com a sua qualidade de vida e a maximização dos resultados de saúde destes utentes em todos os domínios, nomeadamente a reintegração na comunidade e na vida (BETHOUX *et al.*, 1999).

O próprio conceito de qualidade de vida tem sido definido de diferentes formas, considerando-o como a satisfação com as circunstâncias de vida (HORNQUIST, 1982 citado por HAAN *et al.*, 1995), experiências subjectivas relacionadas com a saúde (GUYATT 1990 citado por de HAAN *et al.*, 1993) ou bem-estar físico e psicológico (WENGER, 1984 citado por de HAAN *et al.*, 1993), entre outras. Porém, na sua conceptualização é importante distinguir a qualidade de vida relacionada com a saúde ou não, sendo que esta primeira foi definida pela OMS (1993 citado por BARBOTTE *et al.*, 2001) como uma “*percepção individual relativamente à sua posição na vida face ao contexto cultural e ao sistema de valores no qual a pessoa vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, normas e preocupações*”. Assim, a percepção de qualidade de vida e o seu significado é discutível dependendo das preferências individuais e prioridades de vida do utilizador do termo, da sua compreensão acerca do mesmo e da sua posição na estrutura social, cultural e política (EDLUND & TANCREDI, 1985 citado por BOWLING, 2001), bem como da forma como responde e se adapta à doença (EBRAHIM, 1995).

A **Stroke Specific Quality of Life** (SS-QoL) foi desenvolvida, deste modo, com base na percepção de utentes em relação à sua própria qualidade de vida, num processo de construção de itens a partir de dados qualitativos reportados por estes, e verificados à posteriori pelos mesmos.

É um instrumento que avalia a qualidade de vida em utentes após a ocorrência de um AVC; constituído por 49 itens, agrupados em 12 domínios, os quais são: a energia, o papel familiar, a linguagem, a mobilidade, a disposição, a personalidade, os auto-cuidados, o papel social, a capacidade mental, a função do membro superior, a visão e o trabalho/produktividade (WILLIAMS *et al.*, 1999).

Relativamente à pontuação da escala, os itens são graduados segundo uma escala de Likert, variando entre 1.0, que corresponde a “Ajuda total/Não o consegui fazer de todo/Concordo fortemente”, e 5.0, que significa “Sem ajuda/Sem dificuldade/Discordo fortemente”.

No que se refere às propriedades psicométricas desta escala, vários estudos têm demonstrado uma boa consistência interna com valores de coeficiente *Alpha de Cronbach* superiores a 0.73 para todos os domínios, uma excelente fidedignidade intra e inter-observador com valores *Alpha* superiores a 0.92 para o resultado total e individual dos domínios, uma boa validade de construto e de conteúdo, e uma sensibilidade moderada na maioria dos domínios durante os primeiros três meses após a ocorrência do AVC (WILLIAMS *et al.*, 1999; MUUS & RINGSBERG, 2005; MUUS *et al.*, 2007).

## Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativa, não experimental de carácter metodológico, com o objectivo de contribuir para a tradução e adaptação da escala SS-QoL à população portuguesa e ao seu contexto cultural, bem como para a sua validação.

### *Amostra*

Foi adoptado um método de amostragem não probabilístico, tendo sido seleccionadas amostras por conveniência, para quatro grupos distintos, nas diferentes fases de desenvolvimento do estudo.

Assim, na 1.<sup>a</sup> fase de tradução e adaptação linguística, metodológica e conceptual do instrumento a amostra (I) foi constituída por 2 tradutores bilingues (1 licenciado em Inglês e 1 bilingue) e por dois fisioterapeutas *experts* na área da neurologia, com formação na língua inglesa.

A amostra IIa foi constituída por 30 utentes com diagnóstico de AVC (isquémico para 83% dos utentes), 57% do sexo feminino, com uma média de idades de 68 anos (dp= 10.6); que tinham sofrido o AVC, em média, à 2 anos, sendo que 83.3% se encontrava reformado. Foram considerados como critérios de inclusão o diagnóstico clínico de AVC há pelo menos uma semana e a idade superior a 18 anos; e de exclusão a ocorrência de AVC anterior com défice persistente, o diagnóstico de condições clínicas pré-existentes (insuficiência cardíaca de classe III ou IV, diálise peritoneal, hemodiálise, doença músculo-esquelética pré-existente que limitasse significativamente a função física, cancro, doença psiquiátrica activa ou demência), e disfagia, disartria e/ ou afasia, que impossibilitasse a comunicação com o mesmo (WILLIAMS *et al.*, 1999). Estes utentes, que se encontravam a receber tratamentos de Fisioterapia em instituições de Saúde em Setúbal ou em contexto domiciliário, participaram na verificação da fidedignidade intra-observador e da consistência interna do instrumento.

Também, 5 utentes (amostra IIb) participaram na verificação da validade aparente da versão pré-final da escala, e 5 utentes (amostra IIc) participaram na verificação da validade de conteúdo da mesma.

A amostra III incluiu 5 fisioterapeutas, *experts* na área de neurologia com conhecimento e prática profissionais comprovados no tratamento de utentes com diagnóstico de AVC, participando na verificação da validade de conteúdo da versão pré-final da escala.

### *Instrumentos de Recolha de Dados*

Para a concretização do objectivo estabelecido, foi utilizada a *SS-QoL*, desenvolvida por Williams e colaboradores, em 1999, com o intuito de avaliar a qualidade de vida em utentes com diagnóstico de AVC.

Para a sua adaptação e validação, foram igualmente utilizadas: uma ficha de verificação das equivalências, ficha de verificação da validade aparente e de conteúdo (dirigido a fisioterapeutas e utentes), bem como uma folha de caracterização e grelha de registo das avaliações dos utentes que participaram na verificação da fidedignidade intra-observador e da consistência interna da escala, desenvolvidas para o propósito.

### *Procedimentos*

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas: a adaptação cultural e linguística; e a validação da escala *SS-QoL* para a população portuguesa.

De forma a dar início ao processo de adaptação, procedeu-se ao contacto com a autora da versão original da escala- Linda Williams, obtendo-se a sua autorização para a sua adaptação e validação à realidade portuguesa em Janeiro de 2006. Primeiramente, realizou-se o processo de tradução do instrumento, no qual foram efectuadas duas traduções de inglês para

português por dois tradutores bilingues portugueses, com competências ao nível das línguas portuguesa e inglesa, sendo um dos tradutores um profissional de saúde da área de neurologia (tradutor informado) e o outro um profissional cujo trabalho não se encontra-se dentro da área de saúde (tradutor cego).

Após a obtenção da primeira e segunda traduções e respectivos relatórios, recorreu-se a uma terceira pessoa não enviesada, a qual assumiu um papel mediador nas discussões das diferenças de tradução, resultando numa única tradução comum (terceira tradução). Obtida a terceira tradução procedeu-se à sua retradução para inglês realizada por um retradutor bilingue inglês. Após o término do processo de retroversão, procedeu-se ao envio da mesma para a autora da escala, a qual afirmou que o conteúdo da terceira tradução da SS-QoL para a realidade portuguesa não foi alterado durante a realização do processo de tradução e retradução, tendo-se, obtido a sua autorização para continuar o processo de adaptação da SS-QoL.

Seguidamente, com o intuito de verificar as equivalências semântica, empírica, conceptual e idiomática entre a versão original da SS-QoL e a terceira tradução da escala solicitou-se a colaboração das tradutoras e da retradutora, que constituíram o Comité, para a avaliação das equivalências. Após estes procedimentos obteve-se a versão pré-final da *Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um AVC*.

No sentido de aferir acerca da validade aparente da sua versão pré-final, procedeu-se à entrega de uma ficha de verificação da validade aparente a 5 utentes com diagnóstico de AVC (amostra IIb).

Com intuito de avaliar a sua validade de conteúdo recorreu-se a 10 participantes, dos quais 5 fisioterapeutas *experts* no tratamento de utentes com diagnóstico de AVC (amostra III) e a 5 utentes (IIc), os quais procederam à sua avaliação.

Tendo-se obtido a versão final da *Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral*, iniciou-se a verificação da sua fidedignidade intra-observador e a consistência interna com a colaboração de 30 utentes com diagnóstico de AVC (amostra IIa). A escala foi administrada duas vezes em cada indivíduo com um intervalo de duas semanas entre as aplicações, de modo a assegurar a não ocorrência do efeito memória e uma maior probabilidade de resposta similar na 2.<sup>a</sup> avaliação. Também, a utilização deste intervalo de tempo entre ambas as aplicações permite minimizar a probabilidade de ocorrência de alterações nos parâmetros a avaliar, neste caso a qualidade de vida dos utentes, e, consequentemente, minimizar a probabilidade de alteração dos resultados obtidos (FORTIN, 2000; LARKEY & KNIGHT, 2002).

Ao longo de todo o processo, procedeu-se ao tratamento e análise dos resultados qualitativos e quantitativos obtidos. Na análise e interpretação das respostas obtidas através do preenchimento das fichas de verificação das equivalências, da validade aparente e da validade de conteúdo, teve-se por base pressupostos da análise de conteúdo qualitativa (MAYRING, 2000). Para analisar os dados relativos à caracterização das amostras e verificar a fidedignidade intra-observador e a consistência interna da versão final da *Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral*, procedeu-se ao tratamento quantitativo dos dados para análise descritiva e correlacional, a partir da utilização do Programa SPSS, versão 15.0 para *Windows*.

## Resultados

Após a análise dos relatórios apresentados pelos tradutores e retradutor, é possível afirmar que na globalidade a escala revelou-se fácil de traduzir, apresentando uma linguagem simples e perceptível.

Relativamente à verificação das **equivalências**, constatou-se, através da análise das respostas obtidas na ficha de avaliação das mesmas, que todos os membros do Comité concordaram que a terceira tradução da SS-QoL para a realidade portuguesa apresenta equivalência semântica e empírica em relação à versão original.



Especificamente, e no que diz respeito à equivalência idiomática, a primeira tradutora, identificou dois regionalismos com dificuldade em traduzir, nomeadamente o termo “*self care*” e “*toilet*”, tendo-se optado pelos termos “auto-cuidados” e “casa de banho”. Estes termos foram posteriormente retraduzidos para “*self care*” e “*toilet*”, como patente na versão original, confirmando-se a sua equivalência.

No que se refere à equivalência conceptual, verificou-se que três dos membros do Comité identificaram palavras que compreendem diferentes significados nas diferentes culturas, nomeadamente o termo “*jar*”, o termo “*get stuck*” e “*thinking*” identificados pela primeira, segunda e terceira tradutoras, respectivamente. Estes foram adaptados para “frasco”, “ficavam presas (as palavras)” e “capacidade mental”, sendo também retraduzidos por palavras iguais ou idênticas à versão original. Esta versão retraduzida foi aceite pela autora da escala, considerando-se que a terceira tradução da SS-QOL apresenta equivalência conceptual.

Quanto à **validade aparente**, após a análise global das respostas obtidas pelos utentes (amostra IIb), verificou-se que a escala apresenta validade aparente, elevados níveis de aceitabilidade, objectividade e compreensão. No entanto, e apesar das conclusões finais face à validade aparente da escala, foram efectuadas algumas alterações na mesma ao nível da formatação do texto consideradas pertinentes, nomeadamente a colocação de um espaço destinado ao nome do utente no final da escala e o aumento do tamanho da letra, para facilitar a sua leitura.

No que concerne à verificação da **validade de conteúdo** da versão pré-final da escala, esta foi confirmada pela autora, pelas respostas dos fisioterapeutas *experts* (amostra III) à respectiva ficha de avaliação, as quais foram na generalidade positivas relativamente à validade de conteúdo dos domínios constituintes da mesma, bem como pelas respostas dos 5 utentes com diagnóstico de AVC (amostra IIc) à mesma, dada a unanimidade das respostas face à presença desta validade.

Na análise da **fidedignidade intra-observador** da escala procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* e o *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC).

Relativamente ao Coeficiente de Correlação de *Spearman* obteve-se valor de 0.973 entre os resultados totais obtidos na primeira e segunda aplicações, para um nível de significância (*p value*) de .01, sendo este valor indicativo de uma associação muito alta entre os resultados das mesmas - situado no intervalo entre .9 e 1 (PESTANA & GAGEIRO, 2000).

Por sua vez, o intervalo de confiança a 95% da correlação entre os resultados totais obtidos da primeira e da segunda aplicações situa-se entre .984 e .996, verificando-se que o ICC assume o valor de .993. Deste, constata-se que se encontra associado a uma fidedignidade excelente, dado que se trata de um valor superior a .75 (FLEISS, 1981 citado por ANDRESSEN, 2000).

Na verificação da **consistência interna** procedeu-se ao cálculo do Coeficiente *Alpha de Cronbach* e de *Correlação dos Itens com o Total* (CIT) na primeira e segunda avaliações.

No que se refere ao *Alpha de Cronbach*, o valor obtido para o questionário como um todo, ou seja, para os 49 itens foi de .951 no primeiro preenchimento e de .949 no segundo, para um nível de significância de .01, os quais foram considerados excelentes, tendo por base os intervalos estabelecidos por Nunnally (1967, citado por ANDRESEN, 2000). Estes resultados são idênticos aos obtidos no estudo da escala original, no qual foram obtidos valores de *Alpha de Cronbach* superior a .92 para o resultado total (WILLIAMS *et al.*, 1999). Contudo, não é possível fazer comparações entre os dados obtidos nos dois estudos, devido à variação existente entre as amostras e intervalos de tempo das aplicações da escala.

Efectuou-se, igualmente, o cálculo do *Alpha de Cronbach* para cada um dos domínios constituintes da escala em ambas as aplicações, obtendo-se valores superiores a .734 para todos os domínios com a excepção do domínio Papel Familiar (conforme tabela 1).

**Tabela 1:** Coeficiente *Alpha de Cronbach* para cada um dos domínios constituintes da escala obtidos na primeira e segunda aplicações.

<b>Domínio</b>	<i>Alpha de Cronbach</i> 1ª Aplicação	<i>Alpha de Cronbach</i> 2ª Aplicação
1. Energia	.885	.941
2. Papel Familiar	.377	.526
3. Linguagem	.926	.935
4. Mobilidade	.941	.923
5. Disposição	.737	.734
6. Personalidade	.767	.806
7. Auto-cuidados	.936	.914
8. Papel Social	.797	.863
9. Capacidade Mental	.735	.767
10. Função do Membro Superior	.854	.861
11. Visão	.883	.792
12. Trabalho/Produtividade	.926	.916

Através dos valores de *Alpha de Cronbach* superiores a .734 obtidos para cada um dos domínios da escala constatou-se que estes, à excepção do domínio Papel Familiar, apresentaram uma boa consistência interna, uma vez que, de acordo com Streiner e Norman (1995 citados por CSP, 2001) um valor superior a .7 se encontra associado a uma boa consistência interna. Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos no estudo de desenvolvimento da escala e adaptação à realidade Dinamarquesa, exceptuando o domínio do Papel Familiar, sendo que nestes estudos o valor de *Alpha de Cronbach* foi superior a .73 (WILLIAMS *et al.*, 1999) e .81 (MUUS *et al.*, 2007) em todos os domínios.

Relativamente ao CIT, observou-se que as correlações entre cada item da Escala e o seu resultado total na primeira aplicação variaram entre .051 e .781, constatando-se uma predominância de valores superiores a .5. Do mesmo modo, verificou-se que as correlações obtidas na segunda aplicação variaram entre .161 e .768, com predomínio dos valores situados acima de .5.

Da análise das correlações obtidas através do cálculo do CIT, observou-se que na generalidade os itens apresentaram um valor superior a .3, o qual corresponde ao valor que assegura uma correlação adequada entre os itens (FERNÁNDEZ-CONCÉPCION, 2005). Contudo, foram identificados valores de CIT inferiores a .3 em quatro dos 49 itens da escala na primeira e segunda aplicações, nomeadamente nos itens “*Não participei em actividades lúdicas com a minha família*” e “*Senti que era um fardo para a minha família*” pertencentes ao domínio Papel Familiar e “*Estava irritado(a)*” e “*A minha personalidade mudou*” constituintes do domínio Personalidade, sendo que estes valores denunciam uma correlação baixa, sugerindo a sua eliminação. Ao realizar-se o cálculo com a exclusão destes itens (isolada e simultaneamente) obteve-se um aumento dos valores *Alpha de Cronbach* entre .001 e .005, verificando-se que a exclusão dos mesmos iria aumentar ligeiramente a consistência interna da escala.

Apesar destes resultados, optou-se pela não remoção dos quatro itens identificados uma vez que os valores correspondentes ao aumento de *Alpha de Cronbach* da escala verificados com a sua exclusão não são significativos para justificarem a remoção dos mesmos. Por outro lado, a reduzida dimensão da amostra deste estudo (n=30) não suporta a eliminação dos itens, dado que não é garantia de que esta seja representativa da população.

## Conclusão

Com a realização deste processo de adaptação e validação da *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SS-QOL) para a população portuguesa obteve-se a versão final da Escala de Qualidade

de Vida Específica para Utentes que sofreram AVC, a qual demonstrou apresentar equivalências semântica, empírica, idiomática e conceptual relativamente à versão original; e revelou boas propriedades psicométricas de validade aparente, de validade de conteúdo, de fidedignidade intra-observador e consistência interna deste instrumento de medida.

Deste modo, poderá ser utilizado na prática clínica e no contexto de investigação, com intuito de avaliar a qualidade de vida em utentes com diagnóstico de AVC, contribuindo para o aumento do número de escalas disponíveis para avaliação da qualidade de vida destes utentes. A sua utilização facilitará o processo de avaliação e intervenção, bem como a monitorização do sucesso do tratamento de acordo com a perspectiva do utente, possibilitando a comparação dos benefícios entre tratamentos e facilitando a documentação da sua efectividade (GUYATT *et al*, 1993; O'CONNOR, 1993; SALADIN, 2000; DONALD, 2001).

Todos os procedimentos incluídos na metodologia adoptada no decorrer deste estudo tiveram por base as orientações desenvolvidas por Beaton e colaboradores (2002) relativas à adaptação e validação de instrumentos de medida em saúde. Ao longo do desenvolvimento deste estudo identificou-se como principal limitação o facto do processo de selecção das amostras ter sido não aleatório por conveniência geográfica, o qual poderá conduzir a uma reduzida representatividade da população de utentes com diagnóstico de AVC em Portugal e, deste modo, condicionar a generalização dos resultados obtidos neste processo. Do mesmo modo, foram identificadas limitações específicas associadas ao processo de verificação da fidedignidade intra-observador e da consistência interna, nomeadamente a reduzida dimensão da amostra e a exclusão de utentes com disfagia, disartria e/ou afasia, que poderão implicar uma diminuição da representatividade desta população.

## Bibliografia

- ADAMS, C., Quality of life for caregivers and stroke survivors in the immediate discharge period, *Applied Nursing Research*, Volume 16, 2003, pp.126-130.
- ANDRESEN, E.; "Criteria for assessing the tools of disability outcomes research". *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, Volume 81, Número 2, 2000, pp.15-20.
- BARBOTTE, E. *et al.* Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 79, 2001, pp.1047-1055.
- BEATON, D. *et al.*, *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures*. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health, 2002.
- BETHOUX, F. *et al.*, Changes in quality of life of hemiplegic stroke patients with time. *Am J Phys Med Rehabil*, Volume 78, 1999, pp.19-23.
- BOWLING, A., *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales* (2<sup>a</sup> ed.). Open University Press Buckingham. Philadelphia, 2001.
- DONALD, A., What is quality of life?, *Clinical Lecturer in Epidemiology*, Volume 1, Número 9, Maio de 2001, pp. 1-6.
- DUNCAN, P. *et al.*, Health Status of individuals with mild stroke. *Stroke*, Volume 28, 1997, pp. 740-745.
- EBRAHIM, S., Clinical and Public Health Perspectives and Applications of Health-related Quality of Life Measurement. *Soc. Sci. Med.*, Volume 41, Número 10, 1995, pp 1383-1394.
- FORTIN, M., *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização* (2<sup>a</sup> ed). Loures: Lusociência, 2000.
- GUYATT *et al.*, Measuring Health-related Quality of Life, Basic Science Review, *Annals of International Medicine*, Volume 118, 1993, pp. 622-629.
- HAAN, R., AARONSON, N., LIMBURG, M. & HEWER, R., Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, Volume 33, 1995, pp. 320-7.
- HOBART, J. *et al.*, Quality of Life Measurement After Stroke: uses and abuses of SF-36. *Stroke*; 33; 2002, pp. 1348-1356.
- KAUHANEN, *Quality of life after stroke: clinical, functional, psychosocial e cognitive correlates*, Oulu University Library, 1999, pp. 1-63.
- LARKEY, F. & KNIGHT, J. *Test-Retest Reliability and The Birkman Method®*, 2002.
- MAYRING, P., Qualitative content analysis, *Qualitative Social Research*, Volume 1, Número 2, 2000.
- MUUS, I. & RINGSBERG, K., Stroke Specific Quality of Life Scale: Danish adaptation and a pilot study for testing psychometric properties. *Scand J Caring Sci*, Volume 19, 2005, pp.140-147.
- MUUS, I.; WILLIAMS, L. & RINGSBERG, K., Validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL): test of reability and validity of the Danish version. *Clinical Rehabilitation*, Volume 21, 2007, pp.620-27.
- O'CONNOR, Issues in the Measurement of Health-Related Quality of Life, *Health Measurement and Research*, Volume 30, 1993, pp.1-61.
- PESTANA, M. & GAGEIRO, J., *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade o SPSS* (3<sup>a</sup> Ed.), Edições Sílabo: Lisboa, 2003.
- WILLIAMS, L. *et al.*, Development of a Stroke- Specific Quality of Life Scale, *Stroke*, Volume 30, 1999, pp.1632-1369.

WILLIAMS L., WEINBERGER M., HARRIS L. & BILLER J. Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology*. 1999. Vol. 53, pp. 1839-1843.

WILLIAMS L., REDMON G., MARTINEZ B. & WEINBERGER M. Proxy Ratings of Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL) scores. *Stroke*. 2000. Vol. 31, abstract, pp. 301.

## Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral

**Pontuação: cada item deve ser pontuado com a seguinte chave**

Ajuda total – Não o consegui fazer de todo – Concordo fortemente	1
Muita ajuda – Com muita dificuldade – Concordo moderadamente	2
Alguma ajuda – Com alguma dificuldade – Não concordo nem discordo	3
Pouca ajuda – Com pouca dificuldade – Discordo moderadamente	4
Sem ajuda – Sem dificuldade – Discordo fortemente	5

**Data da avaliação**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ITEM**

**RESULTADO**

### Energia

1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo
2. Tive de parar e descansar durante o dia
3. Estava muito cansado(a) para fazer tudo o que queria


### Papel Familiar

1. Não participei em actividades lúdicas com a minha família
2. Senti que era um fardo para a minha família
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal


### Linguagem

1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?
5. Teve de se repetir para que os outros o(a) compreendessem?


### Mobilidade

1. Teve dificuldade em andar?  
(se o utente não consegue andar passe à pergunta 4 e pontue as perguntas 2 e 3 com 1)
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?
3. Teve dificuldade em subir escadas?
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?
5. Teve dificuldade em ficar de pé?
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?


### Disposição

1. Estava desanimado(a) com o meu futuro
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou actividades
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas
4. Tinha pouca confiança em mim próprio (a)
5. Não estava interessado(a) na comida


Adaptado e validado para a população portuguesa por Andreia Malheiro, Ângela Nicola e Carla Pereira. Área Disciplinar da Fisioterapia. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Original: WILLIAMS, L. *et al.*, Development of a Stroke- Specific Quality of Life Scale, *Stroke*, Volume 30, 1999, pp.1632-1369.

## Personalidade

1. Estava irritado (a)
2. Estava impaciente com os outros
3. A minha personalidade mudou


## Auto-cuidados

1. Precisou de ajuda para preparar as suas refeições?
2. Precisou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)
3. Precisou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar meias ou sapatos, abotoar botões ou fechar um fecho?)
4. Precisou de ajuda para tomar banho ou duche?
5. Precisou de ajuda para ir à casa de banho?


## Papel Social

1. Não sai tantas vezes quanto gostaria
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e actividades lúdicas menos tempo do que gostaria
3. Não vi tantos amigos como gostaria
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria
5. A minha condição física interferiu com a minha vida social


## Capacidade Mental

1. Era difícil concentrar-me
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer


## Função Membro Superior

1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?
2. Teve dificuldade em calçar meias?
3. Teve dificuldade em abotoar botões?
4. Teve dificuldade em fechar um fecho?
5. Teve dificuldade em abrir Um frasco?


## Visão

1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?


## Trabalho/Produtividade

1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?


Pontuação Total:

--

Nome: \_\_\_\_\_

Adaptado e validado para a população portuguesa por Andreia Malheiro, Ângela Nicola e Carla Pereira. Área Disciplinar da Fisioterapia. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Original: WILLIAMS, L. *et al.*, Development of a Stroke- Specific Quality of Life Scale, *Stroke*, Volume 30, 1999, pp.1632-1369.

## GUIA DE ADMINISTRAÇÃO DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA UTENTES QUE SOFRERAM UM AVC

---

### Introdução

O conceito de *qualidade de vida* envolve aspectos físicos, emocionais e sociais da vida, entre outros, que podem ser afectados por alterações na saúde. Tendo em consideração que o Acidente Vascular Cerebral pode afectar a função física, social e emocional destes utentes, foi desenvolvido um questionário de 49 itens que mede a qualidade de vida em utentes após AVC com base na sua percepção, denominado “*Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral*” (Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)).

Os 49 itens foram agrupados em 12 domínios, nomeadamente, a energia, o papel familiar, a linguagem, a mobilidade, a disposição, a personalidade, os autocuidados, o papel social, a capacidade mental, a função do membro superior, a visão e o trabalho/productividade. A cada item pode ser atribuído um valor que varia de 1 a 5, em que 1 significa que o utente necessita de ajuda total e/ou não consegue fazer de todo a actividade e/ou concorda fortemente com determinado item, enquanto que 5 indica que o utente não necessita de ajuda e/ou realiza actividade sem dificuldade e/ou discorda fortemente com um item específico.

A *Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral* poderá ser preenchida por utentes que tenham tido um acidente vascular cerebral há, pelo menos, uma semana. O seu preenchimento demora cerca de 12 minutos.

### Instruções Gerais

No seu preenchimento deverão ser seguidas algumas instruções:

- As respostas dadas às questões deverão referir-se à semana anterior ao preenchimento da escala.
- Os itens devem ser lidos na sua totalidade.

No caso de utentes analfabetos, a escala deverá ser administrada por um profissional de saúde, o qual deverá seguir as seguintes linhas orientadoras:

- Ler cada opção de resposta de forma clara e sem qualquer influência externa, tais como a expressão, tom de voz ou alterações do contacto visual.
- Informar o utente de que as respostas dadas às questões são relativas à semana anterior ao preenchimento da escala, sendo que este tempo de referência (“Durante a semana passada”) deverá ser repetido todos os 4 a 5 itens, no sentido de relembrar o utente que se está a questionar acerca de como ele estava neste período de tempo específico.



- Em situações em que o utente não tem a certeza, deverá recordar-lhe que não existem respostas correctas ou erradas, ler-lhe novamente todas as opções de resposta e, seguidamente, questioná-lo acerca da resposta que considera ser a mais adequada a si.
- Caso o utente responda que não realiza uma tarefa particular e, por isso, não pode responder à questão (exemplo, diz que não usa escadas porque vive no rés-do-chão), peça-lhe para imaginar como a executaria se tivesse de realizar essa tarefa específica.

### **Pontuação**

Pode obter-se o resultado total do SS-QOL ou os resultados individuais dos seus domínios, podendo estes últimos ser mais vantajosos por facilitarem a análise das áreas mais afectadas após AVC.

O seu valor ajustado varia entre 1 e 5, sendo determinado por: Resultado final/49 (n.º total de itens), o mesmo se procedendo para cada domínio (em função do n.º de itens que o constitui).

Em relação a itens com ausência de resposta: se forem mais de metade dos itens constituintes de um domínio, este não é pontuado e o resultado final da SS-QOL corresponderá à média ajustada dos restantes domínios.

De acordo com a autora, não existe um significado que possa ser atribuído a um determinado valor do resultado total da SS-QOL obtido através da sua aplicação, constatando-se a ausência de suporte teórico que possibilite estabelecer se um valor do resultado total é bom ou mau. Contudo, esta verificou através do desenvolvimento de estudos não publicados que uma diferença de .5 no resultado total é indicativa de uma alteração significativa a nível da qualidade de vida.

### **Referências Bibliográficas**

WILLIAMS L., WEINBERGER M., CLARK D., HARRIS L. & BILLER J. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*. 1999. Vol. 30:, pp. 1362-1369.

WILLIAMS L., WEINBERGER M., HARRIS L. & BILLER J. Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology*. 1999. Vol. 53, pp. 1839-1843.

WILLIAMS L., REDMON G., MARTINEZ B. & WEINBERGER M. Proxy Ratings of Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL) scores. *Stroke*. 2000. Vol. 31, abstract, pp. 301.

WILLIAMS L., REDMON G., SAUL D. & WEINBERGER M. Reliability and Telephone Validity of the Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL) Scale. *Stroke*. 2001, Vol. 31, abstract, pp. 339.

## REGRAS PREDITIVAS CLÍNICAS PARA A MANIPULAÇÃO E EXERCÍCIOS DE ESTABILIZAÇÃO VERTEBRAL EM UTENTES COM DOR LOMBAR E CERVICAL: REVISÃO DA LITERATURA.

Eurico Gonçalves\*

[eurico.goncalves@ess.ips.pt](mailto:eurico.goncalves@ess.ips.pt)

### INTRODUÇÃO

#### Dados Epidemiológicos da Dor Lombar e Cervical

A Dor Lombar e a Dor Cervical são duas causas comuns na prestação de cuidados de Fisioterapia (ANDERSSON, 1999).

No caso da dor lombar, além do grande impacto socio-económico que a esta tem nas nossas sociedades, a sua prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas e é apontada como a causa mais comum de “doença crónica”, tanto em Homens como em Mulheres, com idade inferior a 45 anos e uma das mais comuns entre os 45 e os 65 anos (Waddell, 2004)

Em 2002, foi publicado um estudo de levantamento: “A Dor na População Portuguesa; alguns aspectos epidemiológicos”, da autoria do Observatório Nacional de Saúde (ONSA), do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, com uma amostra de 1414 sujeitos. As principais conclusões do referido estudo apontaram a dor lombar como o tipo de dor mais referido pela população portuguesa (51,3%).

A Dor Cervical é uma ocorrência comum com uma incidência muito variável (entre 22% a 70%) ao longo da vida, (COTE *et al*, 2000; PALMER *et al*, 2001). Mais de um terço dos utentes irá desenvolver cronicidade, com sintomas contínuos superiores a 6 meses (COTE *et al*, 2004). Cerca de 50% dos utentes com Dor Cervical são referidos para a Fisioterapia e representam aproximadamente 25% de todos os utentes que recorrem a este serviço de saúde nos EUA (COTE ET AL, 2004).

#### Mobilização/ Manipulação e Exercícios de Estabilização Vertebral na Dor Lombar e Cervical

Na Dor Lombar Aguda, os *guidelines* apontam como intervenções preferenciais e com maior grau de evidência o aconselhamento para o utentes se manter activo, vigiar a sua condição e tratamento farmacológico. Os tratamentos de mobilização/ manipulação e exercícios de estabilização vertebral são incluídos no grupo de evidência insuficiente/moderada e é aconselhada a

\*Equiparado a Assistente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

sua aplicação apenas se os tratamentos de maior grau de evidência se revelarem ineficazes (CHOU *et al*, 2007).

No caso da Dor Cervical, apenas nas guidelines mais recentes a mobilização/manipulação e exercícios de estabilização são apontados com nível forte de evidência, devendo ser tratamentos de eleição neste tipo de utentes, sempre que não se verifiquem contra-indicações (CHILDS *et al*, 2008).

### **Questões Conceptuais e Metodológicas nas Revisões de Literatura sobre Dor Lombar e Cervical**

Até há alguns anos, as revisões sistemáticas e meta-análises indicavam falta de evidência para suportar a mobilização/manipulação na Dor Aguda Lombar e Dor Crónica Lombar e falta de evidência ou evidência insuficiente para a utilização de exercícios de estabilização vertebral em utentes com Dor Lombar (ASSENDELFT *et al*, 2003; HICKS *et al*, 2005). Referiam, também, ausência de evidência ou evidência inconclusiva para o uso de manipulação em utentes com Dor Mecânica de origem cervical (GROSS *et al*, 2002, 2004; SARIGIOVANNIS & HOLLINS, 2005). Contudo, estes resultados não reflectiam a opinião e resultados obtidos na prática clínica por diversos autores (CHILDS & FLYNN, 2004; HUIJBREGTS, 2007).

Segundo Childs & Flynn (2004), se os estudos incluídos numa revisão sistemática não apresentarem outra classificação da condição dos seus participantes, para além de Dor de origem não-específica, não há coerência, nem são esperados resultados objectivos face a uma intervenção específica. Seguindo esta linha de raciocínio, assistiu-se a uma mudança de paradigma (ainda actual) na investigação da Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas, principalmente, na Dor Lombar e Dor Cervical: a mudança de sistemas de classificação baseados no mecanismo para sistemas de classificação baseados no tratamento (HUIJBREGTS, 2007).

O sistema de classificação baseado no mecanismo, ainda predominante, baseia-se na premissa de que as limitações funcionais encontradas durante a avaliação são a causa de dor e disfunção músculo-esquelética (VAN DILLEN *et al*, 1998). Nos últimos 5 anos, com o desenvolvimento dos sistemas de classificação baseados no tratamento, tem-se assistido a um crescente número de investigação de sub-grupos/ categorias de utentes com Dor Lombar não-específica (COOK, 2008; FRITZ *et al*, 2006; CHILDS *et al*, 2004). Estes sub-grupos são seleccionados através de um *cluster* de variáveis clínicas preditivas do *outcome* associado a uma dada intervenção, ou seja, sub-grupos que respondem preferencial e especificamente a uma dado tratamento (DELLITO *et al*, 1995).

### **O que são Regras Preditivas Clínicas (RPCs)?**

O ponto chave para sub-categorizar os utentes com uma determinada condição é a criação de Regras Preditivas Clínicas (RPCs) (COOK, 2008).

As RPCs, são ferramentas desenvolvidas para melhorar a tomada de decisão em contexto clínico (CHILDS & CLELAND, 2006). Existem vários tipos de RPCs, umas assistem na formulação de diagnóstico, outras em estabelecer um prognóstico e, outras ainda, que distribuem os pacientes com um determinado problema em sub-grupos que melhor responderão a tratamentos específicos (RPCs usadas em *Treatment-based Classification Systems*) (DELLITO, *et al*, 1995; FRITZ *et al* 2006; CHILDS *et al*, 2006; CHILDS, FRITZ, FLYNN, *et al*, 2004; HICKS *et al*, 2005; CLELAND *et al*, 2007; TSENG *et al*, 2006).

Conjuntos de variáveis com poder preditivo, estatisticamente significantes, são agrupadas através de métodos estatísticos multivariados, geralmente análise de regressão logística, de forma a construir uma RPC. Estas variáveis são obtidas a partir da história clínica, exame objectivo, testes específicos e questionários (LAUPACIS *et al*, 1997). Um importante ponto metodológico é a necessidade de amostras de dimensão elevada, representativas de uma condição específica, de modo a obter intervalos de confiança curtos para cada variável, reduzindo assim a probabilidade de erro na tomada de decisão usando a RPC (CHILDS & CLELAND, 2006). De seguida, é avaliada a precisão do poder preditivo de cada variável obtida

na regressão logística, geralmente através de testes de sensibilidade, especificidade e rácios de probabilidade positivos e negativos (*Positive and Negative Likelihood Ratio*) para cada variável preditiva.

O número de RPCs publicadas está a aumentar (BREHAUT *et al*, 2005), em particular nas intervenções neuro-músculo-esqueléticas na Dor Lombar (CHILDS *et al*, 2004; HICKS *et al*, 2005), Dor Cervical (CLELAND *et al*, 2007; TSENG *et al*, 2006), Disfunção do Joelho (LESHER ET AL, 2006; CURRIER ET AL, 2007). Também já estão disponíveis RPCs ao nível da melhoria do diagnóstico e triagem de condições específicas como: triagem para radiografias em lesões traumáticas do tornozelo (STIELL *et al*, 1992), diagnóstico de radiculopatia cervical (WAINNER ET AL, 2003), diagnóstico do Síndrome do Túnel Cárpico (WAINNER *et al*, 2005) e diagnóstico de lesão por Whiplash em utentes que sofreram acidente automóvel (HARTLING ET AL, 2002). Contudo, alguns autores alertam para a importância de criar uma metodologia unânime para a validação e posterior avaliação do impacto custo-benefício da RPC, antes da sua disseminação na prática clínica.

McGin *et al* (2000), avançaram com uma metodologia baseada num processo de 3 etapas para o desenvolvimento e implementação generalizada da RPC. Primeiro, DERIVAÇÃO: as RPCs são derivadas prospectivamente usando métodos estatísticos multivariados de forma a analisar a capacidade preditiva de grupos de variáveis clínicas seleccionadas. Segundo, VALIDAÇÃO: validação da RPC num estudo experimental (RCT), de modo a eliminar a influência do acaso na selecção dos grupos de variáveis efectuada na fase de derivação. Em terceiro, IMPACTO: análise de impacto determinando a que ponto a RPC melhora a prestação de cuidados, reduz custos e é específica (define o objectivo previsto). Para aprofundar a metodologia de desenvolvimento das RPCs deverão ser consultos os trabalhos de Childs & Cleland (2006) e McGin *et al* (2000).

### **Uso das RPCs para a Tomada de Decisão Relativamente à Utilização da Manipulação e Exercícios de Estabilização na Dor Lombar e Cervical**

A aplicação das RPCs na prática clínica da Fisioterapia pode ter um impacto positivo na tomada de decisão e assistir os profissionais na realização de um consentimento informado para a intervenção, baseado em evidência e considerando um *outcome* esperado.

Para o uso da manipulação vertebral na Dor Lombar, Flynn *et al* (2002) verificaram que 45% dos utentes em estudo alcançaram, pelo menos, 50% de melhoria no *score* da *Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire* (OswestryLBPDQ), independentemente de satisfazerem ou não os critérios da RPC. O que significa que se o fisioterapeuta decidir realizar aleatoriamente manipulação em utentes com Dor Lombar, sem compromisso radicular, aproximadamente 45% destes reportariam 50% de melhorias ao nível da sua incapacidade, no espaço de uma semana após o tratamento. Por outro lado, se o utente satisfizer pelo menos 4 critérios em 5 possíveis, a probabilidade de um *outcome* satisfatório (melhoria de pelo menos 50% no OswestryLBPDQ) aumenta para 95%, no mesmo espaço de tempo. Com apenas 3 critérios em 5 possíveis, a probabilidade de *outcome* satisfatório é de 68%. Os mesmos autores concluíram, neste que foi o estudo de derivação para a RPC da utilização da manipulação vertebral em utentes com Dor Lombar, que para garantir uma probabilidade segura de *outcome* satisfatório é necessário o cumprimento de 3 critérios, em 5 possíveis.

O estudo de validação da mesma RPC (CHILDS *et al*, 2004), obteve resultados similares. O cumprimento de 4 critérios em 5 possíveis, conduz a uma probabilidade de *outcome* satisfatório de 92%, no espaço de uma semana após o tratamento. Foi também verificado que o número de critérios cumpridos na RPC não tem influência significativa no *outcome* de uma intervenção de exercícios activos, o que suporta a especificidade da RPC para prever uma resposta apenas relacionada com a manipulação vertebral lombar (ver Tabela 1).

Utentes que apresentem 2 ou menos critérios nos 5 possíveis, têm uma probabilidade de sucesso no tratamento manipulativo que se aproxima de 0. Nestes casos, a RPC indica ao terapeuta que deve optar por outras formas de tratamento, mais adequadas à situação (CHILDS *et al*, 2004).

**Tabela 1** - RPC para a manipulação vertebral lombar (CHILDS *et al*, 2004; FLYNN *et al*, 2002)

<b>Critério</b>	<b>Definição de Positivo</b>
Duração do episódio actual de Dor Lombar	< 16 dias
Sintomas referidos	Não tem sintomas abaixo do joelho
Score do Questionário de Crenças de Medo-evitamento (sub-escala Trabalho)	< 19 pontos
Teste de Mobilidade Segmentar	Pelo menos 1 segmento hipomóvel na coluna lombar
ROM rotação interna da Anca	Pelo menos, 1 anca com > 35°

Hicks *et al* (2005), realizaram um estudo derivativo semelhante ao anterior, de forma a avaliar que utentes beneficiariam de uma abordagem de exercícios de estabilização lombar (ver Tabela 2).

**Tabela 2** - RPC para previsão do sucesso e insucesso de exercícios de estabilização lombar (HICKS ET AL, 2005)

<b>Previsão de Sucesso</b>	<b>Previsão de Insucesso</b>
<i>Prone Instability Test</i> positivo	<i>Prone Instability Test</i> negativo
Movimento “aberrante” presente	Movimento “aberrante” ausente
ROM <i>Straight Leg Raise</i> > 91°	Questionário de Crenças de Medo-evitamento (sub-escala Actividade Física) < 9 pontos
Idade < 40 anos	Ausência de Hiper mobilidade no <i>Lumbar Spring Test</i>

No referido estudo, aproximadamente 33% dos sujeitos apresentaram, pelo menos, 50% de melhoria na incapacidade (OswestryLBDQ), no final de 8 semanas de protocolo de exercícios de estabilização lombar, independentemente, do número de critérios de previsão cumpridos na RPC proposta. Isto significa que se o fisioterapeuta selecionar aleatoriamente utentes com Dor lombar e aplicar 8 semanas de exercícios de estabilização lombar, cerca de 33% destes apresentarão, pelo menos, 50% de melhoria na incapacidade.

Contudo, se os utentes apresentarem, pelo menos 3 em 4 critérios de previsão de sucesso, a probabilidade de alcançarem, pelo menos, 50% de melhoria na incapacidade será de 67%.

Apresentando apenas 1 ou 0 critérios preditivos de sucesso a mesma probabilidade baixa para 32%.

Os mesmos autores, avaliaram ainda a probabilidade de um utente alcançar uma melhoria clinicamente significativa (definida como pelo menos 50% de melhoria na incapacidade, com pelo menos 6 pontos no OswestryLBPDQ - diferença clínica minimamente significativa). Tendo pelo menos 3 em 4 critérios de previsão de sucesso, a probabilidade do utente apresentar uma melhoria clinicamente importante será de 97%.

Hicks *et al* (2005), também exploraram a capacidade de prever a probabilidade de utentes terem insucesso com exercícios de estabilização lombar. O insucesso foi definido como uma melhoria inferior a 6 pontos no OswestryLBPDQ, após de 8 semanas de exercícios de estabilização. Usando este critério a referida probabilidade de insucesso foi de, aproximadamente, 28%.

Cleland *et al* (2007), realizaram um estudo para derivação de uma RPC para verificar o sucesso da manipulação vertebral torácica e exercícios activos de ROM cervical em utentes com dor cervical. Todos os utentes receberam manipulação geral à coluna torácica (inespecífica) e realizaram, independentemente, movimentos fisiológicos activos cervicais, 3 a 4 vezes/dia, entre sessões. *Outcome* de sucesso foi definido à priori como sendo um *score* igual ou superior a 5+ na escala *Global Rating of Change* (GRoC), durante 2 sessões consecutivas. A probabilidade de *outcome* de sucesso foi de 54%, independentemente dos critérios preditivos. Isto significa que a probabilidade de se obter um *outcome* favorável, realizando manipulação dorsal geral, inespecífica e auto-tratamento de exercícios de ROM activos, a utentes com Dor Cervical seleccionados aleatoriamente, é de 54%. Tendo pelo menos 4 critérios preditivos em 6 possíveis, a probabilidade de sucesso foi cerca de 93%. Com pelo menos 3 critérios preditivos em 6 possíveis, a probabilidade de sucesso foi de 86%. Com, pelo menos 2 critérios em 6 possíveis, a probabilidade foi de 71% (ver Tabela 3).

**Tabela 3** – RPC para identificar utentes com Dor Cervical com probabilidade de responder favoravelmente à manipulação Torácica vertebral (CLELAND ET AL, 2007)

Previsão de Sucesso
Duração de sintomas < 30 dias
Sem sintomas distais ao Ombro
Olhar para cima não agrava os sintomas
Score Questionário de Crenças de Medo-evitamento (Sub-escala Actividade Física) < 12
Cifose Torácica Superior diminuída
ROM Extensão cervical < 30°

Tseng *et al* (2006), realizaram um estudo semelhante, representando a primeira fase de Derivação de uma RPC para identificar utentes com Dor Cervical que apresentem uma resposta imediata favorável à manipulação vertebral cervical (ver Tabela 4). Uma resposta imediata de sucesso a esta manipulação foi definida como melhorias observadas em pelo menos uma das 3 variáveis de *outcome* avaliadas. Estas foram redução da intensidade de dor, percepção de melhoria auto-reportada e alto nível de satisfação. Os autores verificaram que a presença de, pelo menos, 4 critérios preditivos em 6 possíveis, apresentou uma probabilidade de resposta imediata de sucesso à manipulação de 89%, em utentes com Dor Cervical.

Contudo, os estudos de Cleland *et al* (2007) e Tseng *et al* (2006) correspondem apenas à fase inicial de desenvolvimento da RPC (Derivação), logo, o poder de generalização destas regras é bastante limitado, sendo necessária a sua validação e posterior análise de impacto.

**Tabela 4** - RPC para identificar pacientes com Dor Cervical com probabilidade de responder imediata e favoravelmente à manipulação cervical vertebral (TSENG ET AL, 2006)

Previsão de Sucesso
Neck Disability Index < 11.50
Padrão de envolvimento dos sintomas bilateral
Não realizar trabalho sedentário > 5 horas/ dia
Sentir-se melhor quando move o pescoço
Não se sente pior quando realiza extensão cervical
Diagnóstico de Espondilose sem presença de Radiculopatia

## Conclusão

As Regras Preditivas Clínicas aparentam potencial para melhorar os *Outcomes* da intervenção da Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas, aumentar a satisfação dos utentes e reduzir os custos da prestação de serviços (aumentando a objectividade, eficácia da triagem e tratamento específico para sub-grupos de utentes). Podem ser instrumentos valiosos na gestão do tempo do fisioterapeuta e na melhoria da informação ao utente, no que diz respeito ao diagnóstico, possibilidades de tratamento e prognóstico da condição. Por outro lado, podem ainda permitir a redução de custos, poupando exames complementares mais dispendiosos (CHILDS & CLELAND, 2006).

Ao nível da investigação, aparecem como solução ao desenvolvimento de sub-categorias de utentes mais homogêneas, contrariamente às tradicionais categorias heterogêneas (ex. Dor Lombar não-específica), permitindo uma maior coerência no diagnóstico/ tratamento e adequação de tratamentos direccionados para condições específicas.

Contudo, há ainda um longo caminho a percorrer até que a grande maioria das RPCs possa ser generalizada, pois a maioria dos estudos ainda se encontra na fase de derivação do

processo metodológico proposto por McGin *et al* (2000). A derivação não apresentam uma validação experimental da RPC, sendo ainda necessário, após essa mesma validação, estudos de follow-up, com diferentes populações e fisioterapeutas.

Das RCPs analisadas, apenas a que identifica utentes com Dor Lombar com probabilidade de responderem favoravelmente à manipulação vertebral lombar se encontra validada (CHILDS *et al*, 2004). Esta é uma RPC referida como sendo amplamente utilizada em diferentes contextos clínicos, apesar de ainda não ter sido realizada uma avaliação do seu impacto, segundo a metodologia proposta por McGin *et al* (2000) (COOK, 2008).

Hancock *et al* (2007) procederam a uma replicação da avaliação de Childs *et al* (2004), num diferente grupo de utentes relativo a outro contexto clínico. Os resultados demonstraram que a referida RPC não apresentou poder preditivo estatisticamente significativo, em seleccionar pacientes com probabilidade de responder favoravelmente à manipulação vertebral lombar.

Apesar dos resultados, o referido estudo não é claro em alguns pontos metodológicos. Foi utilizada uma amostra de um estudo anterior em que ambos os grupos de controlo e experimental tomaram Diclofenac e Paracetamol durante a sua realização e a manipulação vertebral não foi realizada de forma standardizada, deixando ao critério do terapeuta as técnicas a utilizar (técnicas de baixa velocidade vs técnicas de alta velocidade/ baixa amplitude).

Resta ainda reforçar o enfoque na necessidade de validação das diferentes RPCs, em vários contextos clínicos com diferentes populações.



## Bibliografia

- ANDERSSON, G. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet*. vol. 354. 1999. 581-585.
- ONSA - Observatório Nacional de Saúde, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. A Dor na População Portuguesa; alguns aspectos epidemiológicos. 2002.
- DELITTO, A *et al.* A treatment-based classification approach to low back syndrome: Identifying and staging patients for conservative treatment. *Physical Therapy*. Vol. 75. 1995. 470-485.
- FRITZ JM. An examination of the reliability of a classification algorithm for subgrouping patients with low back pain. *Spine*. Vol. 31. 2006. 77-82.
- CHILDS JD, *et al.* Proposal of a classification system for patients with neck pain. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. Vol. 34. 2004. 686-696.
- CHILDS JD & CLELAND JA. Development and application of clinical prediction rules to improve decision making in physical therapist practice. *Physical Therapy*. Vol.86. 2006.122-131.
- STIELL IG, *et al.* A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 21. 1992. 384 -390.
- WAINNER RS, *et al.* Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. *Spine*. Vol.28. 2003. 52- 62.
- WAINNER RS, *et al.* Development of a clinical prediction rule for the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol.86. 2005. 609 - 618.
- HARTLING L, *et al.* Derivation of a clinical decision rule for whiplash associated disorders among individuals involved in rear-end collisions. *Accident Analysis and Prevention*. Vol.34. 2002. 531-539.
- STIELL IG, *et al.* Implementation of the Ottawa ankle rules. *JAMA*. Vol.271. 1994. 827- 832.
- CHILDS JD, *et al.* A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Annals of Internal Medicine*. Vol.141. 2004. 920 -928.
- FLYNN T, *et al.* A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with spinal manipulation. *Spine*. Vol. 27. 2002. 2835-2843.
- HICKS GE, *et al.* Preliminary Development of a Clinical Prediction Rule for Determining Which Patients With Low Back Pain Will Respond to a Stabilization Exercise Program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 86. Nº 9. 2005. 1753-1762.
- CHILDS JD & FLYNN TW. Spinal manipulation for low back pain. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 140. 2004. 665.
- FRITZ JM, *et al.* Pragmatic application of a clinical prediction rule in primary care to identify patients with low backpain with a good prognosis following a brief spinal manipulation intervention. *BMC Family Practice*. Vol 6. 2005. 29.
- TSENG YL, *et al.* Predictors for the immediate responders to cervical manipulation in patients with neck pain. *Man Ther*. Vol.11. 2006. 306-315.
- CLELAND JA, *et al.* Development of a clinical prediction rule for guiding treatment of a subgroup of patients with neck pain: Use of thoracic spine manipulation, exercise, and patient education. *Phys Ther*. Vol. 87. 2007. 9-23.

- LAUPACIS A, *et al.* Clinical prediction rules: A review and suggested modification of methodological standards. *JAMA*. Vol. 277. 1997. 488–494.
- McGINN TG, *et al.* Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature, XXII: how to use articles about clinical decision rules. *JAMA*. Vol. 284. 2000. 79 – 84.
- ASSEDELFT WJJ, *et al.* Spinal manipulative therapy for low back pain: A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Annals Internal Medicine*. Vol. 138. 2003. 871–881.
- GROSS AR, *et al.* Manual therapy for mechanical neck disorders: A systematic review. *Manual Therapy*. Vol. 7. 2002. 131–149.
- GROSS AR, *et al.* A Cochrane Review for manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine*. Vol. 29. 2004. 1541–1548.
- SARIGIOVANNIS P & HOLLINS B. Effectiveness of manual therapy in the treatment of non-specific neck pain: A review. *Physical Therapy Reviews*. Vol. 10. 2005. 35–50.
- HUIJBREGTS P. Clinical Prediction Rules: Time to Sacrifice the Holy Cow of Specificity? *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*. Vol. 15, N°1. 2007. 5–8.
- VAN DILLEN LR, *et al.* Reliability of physical examination items used for classification of patients with low back pain. *Phys Ther*. Vol 78. 1998. 979–988.
- COOK C. Potential Pitfalls of Clinical Prediction Rules. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*. Vol.16, N°2. 2008. 69–71.
- BREHAUT JC, *et al.* Clinical decision rules “in the real world”: How a widely disseminated rule is used in everyday practice. *Academic Emergency Medicine*. Vol. 12. 2005. 948–956.
- LESHER JD, *et al.* Development of a clinical prediction rule for classifying patients with patellofemoral pain syndrome who respond to patellar taping. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. Vol. 36. 2006. 854–866.
- CURRIER LL, *et al.* Development of a clinical prediction rule to identify patients with knee pain and clinical evidence of knee osteoarthritis who demonstrate a favorable short-term response to hip mobilization. *Physical Therapy*. Vol 87. 2007. 1106–1119.
- COTE P, *et al.* The factors associated with neck pain and its related disability in the Saskatchewan population. *Spine*. Vol. 25. 2000.1109-1117.
- PALMER *et al.* Prevalence and occupational associations of neck pain in the British population. *Scandinavian Journal of Work and Environment & Health*. Vol. 27. 2001. 49 –56.
- COTE P, *et al.* The annual incidence and course of neck pain in the general population: a population-based cohort study. *Pain*. Vol. 112. 2004. 267–273.
- CHOU R, *et al.* Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*. Vol.147, N°7. 2007. 478-491.
- CHILDS JD, *et al.* American Physical Therapy Association. Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. Vol. 38, N°9. 2008. A1-A34.

## CONCEPÇÕES E SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP): ESTUDO DO CASO DOS ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA DA ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE DO PORTO

Rui Macedo\*  
[rmacedo@estsp.ipp.pt](mailto:rmacedo@estsp.ipp.pt)

### INTRODUÇÃO

No presente estudo faz-se a análise do conteúdo das reflexões críticas dos estudantes do 1º ano do curso de Fisioterapia acerca do conhecimento, percepções e sentimentos que desenvolveram em relação ao modelo curricular de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). As reflexões críticas foram elaboradas após um período de formação introdutória ao novo modelo que veio a ser adoptado na sequência do processo de adequação a Bolonha do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

\* **Professor**  
**Adjunto da Escola**  
**Superior de**  
**Tecnologias da**  
**Saúde do Porto**

Considerando o objectivo geral do período de formação – Preparar os estudantes para o novo modelo curricular – e a hipótese directriz deste estudo - No decorrer da exposição ao modelo curricular de ABP foram geradas percepções/concepções e sentimentos sobre ela - os objectivos do estudo foram: estabelecer se, com esta formação preparatória, foi apreendida a informação essencial acerca do enquadramento da adequação a Bolonha em que esta revisão decorre, se foram interiorizadas as características do modelo e determinar o tipo de sentimentos favoráveis ou desfavoráveis que os estudantes apresentam em relação ao ABP.

Como objectivos secundários com este estudo pretendeu-se determinar se, apesar desta formação, houve aspectos desse modelo que ficaram por esclarecer, se os estudantes apresentam concepções erradas acerca de Bolonha e da ABP, e em relação aos sentimentos negativos, quais foram/são as causas/fontes.

### Enquadramento do processo de adequação e características do ABP

Com a Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto de Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior consagrou-se

“A criação de condições para que todos os cidadãos possam ter acesso à aprendizagem ao longo da vida, modificando as condições de acesso ao ensino superior para os que nele não ingressaram na idade de referência, atribuindo aos estabelecimentos de ensino superior a responsabilidade pela sua selecção e criando condições para o reconhecimento da experiência profissional;

A adopção do modelo de organização do ensino superior em três ciclos;

A transição de um sistema de ensino baseado na ideia da transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências;

A adopção do sistema europeu de créditos curriculares (ECTS—European Credit Transfer and Accumulation System), baseado no trabalho dos estudantes.”

No Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março procedeu-se à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos e no Artigo 61º respeitante à adequação dos ciclos de estudos, determina-se por um lado que:

“1- Os estabelecimentos de ensino superior devem promover a adequação dos cursos que se encontram a ministrar e dos graus que estão autorizados a conferir ao regime jurídico fixado pelo presente decreto-lei.”

Por outro que:

“4 - No ano lectivo de 2009-2010, todos os ciclos de estudos devem estar organizados de acordo com o regime jurídico fixado pelo presente decreto-lei.”

O Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março plasma ainda um conjunto de concepções sobre o ensino superior que se estendem desde o processo de ensino/aprendizagem...

“Questão central ... é o da mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, ... de natureza genérica ... e de natureza específica associadas à área de formação, e onde a componente experimental e de projecto desempenham um papel importante.”

...até aos diferentes níveis da sua organização, seja ao nível macro nomeadamente através da consagração do sistema binário, até ao nível micro, na especificação da tipologia das horas de contacto. Assume ainda que

“A adequação deve traduzir-se numa apropriada reorganização das formações superiores tendo em vista a concretização dos objectivos do Processo de Bolonha, não podendo, de modo algum, ser encarada como uma mera alteração formal.”

Da confrontação entre as concepções de ensino superior subjacentes à actual legislação e aquelas da legislação que regulou a generalidade das formações superiores em funcionamento em Portugal até recentemente, podem-se constatar diferenças suficientemente grandes para se verem expressas também em diferenças substanciais entre o curricula pré e pós adequação.

Foi neste contexto destas alterações que a nova legislação trouxe que, no ano lectivo de 2005-2006, se deu início ao processo de revisão do curso de Fisioterapia da ESTSP cujo curriculum se encontrava em funcionamento desde 1999. Para responder aos requisitos enunciados na legislação atrás referida, a comissão responsável pelo o processo de adequação do curso de Fisioterapia propôs que o novo curriculum fosse orientado para o desenvolvimento de competências.

De várias alternativas consideradas a escolha recaiu sobre os modelos de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) pois as suas características adequam-se às necessidades identificadas. Em contraste com o ensino tradicional na área da saúde, em que a aprendizagem é organizada em torno de disciplinas autónomas e independentes, o modelo ABP centra a aprendizagem em cenários “problema”.

Embora novidade na Escola Superior de Tecnologias da Saúde este modelo começou a ser introduzido desde os anos 60 na educação médica na Universidade de MacMaster no Canadá, sendo hoje uma prática comum de efectividade demonstrada (BRETON, 1999)

De entre as várias particularidades do ABP que levaram à escolha deste modelo há 3 características fundamentais do ambiente de aprendizagem nos curriculum ABP que são repetidamente referidas nos textos sobre ABP e que são consideradas como essenciais para realçar a aprendizagem dos estudantes: 1) Aprendizagem em contexto 2) elaboração do conhecimento através de interacção social, 3) ênfase no raciocínio metacognitivo e aprendizagem auto-dirigida (DAHLGREN *et al.*, 2002). É possível encontrar referências inequívocas a estas características no articulado da legislação acima referida pelo que, no parecer da comissão, o modelo ABP se encontra em sintonia com o espírito da legislação.

Apesar de nem sempre a evidência suportar a superioridade da ABP em relação ao modelo tradicional, parece haver consenso quanto à eficiência do ABP na promoção de uma aprendizagem mais profunda e integrada. Os recém graduados provenientes de percursos em curriculum ABP referem sentir-se bem preparados para lidar com os problemas do âmbito profissional (WILLIAMS *et al.*, 2003).

Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é porém uma designação que abrange conceitos com significados variáveis. Esta variabilidade passa pela corrente filosófica em que se inscreve (por exemplo cognitivista, construtivismo) pelo modelo de organização (transicional, integrado, ou misto), pelos propósitos (desenvolvimento de competências profissionais *vs* desenvolvimento pessoal) e pelo contexto em que decorre (profissão *vs* ensino; ensino superior *vs* não superior; ciências sociais *vs* ciências naturais).

De entre as inúmeras combinações possíveis entre as variáveis acima enunciadas o modelo adoptado pela comissão de adequação a Bolonha enquadra-se numa perspectiva construtivista e manteve uma inscrição predominante na área das ciências naturais.

Em termos organizacionais havia que escolher entre o modelo misto – algumas unidades curriculares utilizam o ABP enquanto outras mantêm-se em formato tradicional, o modelo transicional - a parte inicial do curriculum está organizado em modelo tradicional e as seguintes estão organizadas em ABP ou o modelo integrado - todo o curriculum é organizado em torno de problemas.

O modelo integrado foi adoptado por estar em linha com as premissas que levaram à mudança e porque evita os problemas que os outros modelos poderiam criar. Assim com o modelo misto levantam-se problemas na articulação entre as unidades curriculares em ABP e as tradicionais como tinha sido constatado em revisões curriculares anteriores. Há ambiguidade dos valores que prevalecem quando existem conflitos sobre aspectos relativos à organização das oportunidades de aprendizagem (por exemplo que áreas científicas são integradas e de que forma é que o são nas unidades curriculares em ABP?). Há trabalho suplementar para os estudantes uma vez que o ABP exige tempo, para o trabalho individual, que seria preenchido com as horas de contacto das unidades curriculares “tradicionais”. Em relação ao modelo transicional a duração do curso proposto para adequação, 240 ECTS dos quais 60 são da componente de aprendizagem baseada na prática, revelou-se demasiado curta para permitir uma adaptação efectiva aos pressupostos e requisitos do ABP.

Quanto aos propósitos, o modelo proposto está predominantemente orientado para o desenvolvimento das competências da profissão. Para além disso as suas características determinam o desenvolvimento pessoal. A proposta que foi desenvolvida tem subjacente o conceito de “The Growing Web” (MARGETSON, 1998). Nesta concepção de ABP os “Problemas”

nem sempre são o que parecem numa primeira abordagem, perdendo a sua aparente linearidade e ganhando a complexidade de uma rede. Os “Problemas” indicam uma situação problemática mas podem ser em si ser problemáticos, nomeadamente, na sua definição e delimitação. Os “Problemas”, não são simples dados pois dependem do contexto em que ocorrem. Problema e contexto, ainda que distinguíveis, constituem um conjunto inter-relacionado e não duas entidades. Nesta concepção o papel do “Problema” é o de providenciar o foco da atenção e promover a integração das aprendizagens dentro de um contexto rico em oportunidades nas quais emergem os assuntos relativos à Fisioterapia. Mobilizam-se dessa forma o seus conhecimentos as suas habilidades e as suas atitudes de forma integrada promovendo o desenvolvimento das competências profissionais do Fisioterapeuta.

Os “Problemas” no âmbito escolar simulam tanto quanto possível os tipos de situações que os Fisioterapeutas encontram no dia a dia. Representam por isso ocorrências que são prevalentes mas também contextualizadas. Tal como frequentemente acontece na actividade profissional o “Problema” vem primeiro, pelo que os estudantes, tal como os profissionais, têm que decidir o que querem estudar de forma a compreender e a gerir o problema (WILLIAMS *et al.*, 2003).

A aprendizagem inicial decorre em grupos pequenos facilitados por um docente tutor. Seguindo a metodologia dos 7 passos, o grupo de estudantes das sessões tutoriais deve identificar as suas necessidades de aprendizagem, delinear os seus objectivos de aprendizagem, aceder aos recursos apropriados, proceder ao estudo individual, discutir o resultados do estudo individual e aplicar a informação ao cenário “problema” (WILLIAMS *et al.*, 2003).

Os estudantes e o tutor avaliam regularmente quer o desempenho individual quer o do grupo tanto em termos de habilidades de trabalho em grupo como no domínio dos termos e conceitos. Para além das Sessões Tutoriais, haverá outras oportunidades de aprendizagem como Laboratórios de Habilidades e Sessões de Recursos e Seminários onde os estudantes complementam a aprendizagem obtida através do processo tutorial. A avaliação dos conhecimentos e das habilidades adquiridas bem como das competências desenvolvidas será efectuada recorrendo a diferentes estratégias e instrumentos. Neles incluem-se entre outros, testes de escolha múltipla, exames práticos, a apreciação pelo tutor, portefólios, relatórios de pesquisa laboratorial e a avaliação clínica objectivamente estruturada com recursos a pacientes simulados.

### **Percepções, Concepções juízos e emoções: Consequências previsíveis da introdução do novo curriculum**

A implementação de um novo curriculum, independentemente do tipo, é sempre um período em que se geram tensões por toda a comunidade escolar. Alterações de conteúdos e de planos de estudos, processos de equivalências entre unidades curriculares, obrigatoriedade de realizar novas unidades curriculares são alguns dos factores que afectam estudantes, docentes e a administração da escola.

No caso do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, esta transição comporta necessariamente mais um factor, a introdução do ABP (MORAES *et al.*, 2006). Embora, como se sugere acima, os programas completamente integrados resultem numa melhor integração do conhecimento e desenvolvimento das habilidades de aprendizagem auto-dirigida, esta abordagem tem sido associada com elevados níveis de stress no período inicial do curriculum (SAARINEN-RAHIKA *et al.*, 1998)

SOLOMON *et al.* (1998) identificaram um conjunto de agentes indutores de stress, nos relatos de estudantes de enfermagem envolvidos num programa de APB. Neles se incluíam: a) a incerteza acerca da profundidade e extensão do conhecimento requerido para a compreensão dos problemas b) pressões com o tempo, c) falta de confiança para se adaptar ao APB, d) má compreensão do que é a APB e o papel do corpo docente, e) expectativas irrealistas acerca de si, f) aprendizagem em grupo, g) carga de trabalho, h) tensão provocada pela pesquisa, i) processo de avaliação e j) pânico induzido pelos grupos.

Uma vez que a aprendizagem efectiva, está associada às percepções que os estudantes têm acerca dos propósitos do programa educacional naqueles que utilizam curricula ABP, as concepções que os estudantes possuem acerca da ABP podem determinar os objectivos e o nível de exigência do programa (DUKE *et al.*, 1998).

No estudo de Duke *et al* (1998), a maioria dos estudantes concebia o ABP como sendo principalmente trabalhar colaborativamente para compreender e resolver um problema. Os estudantes colocavam menos ênfase no ABP como promovendo a aprendizagem independente. Esta concepção, não completamente coincidente com as características fundamentais da ABP, aponta para um excesso de valorização dos aspectos organizativos da APB em vez de o fazer para a sua essência, a aprendizagem auto-dirigida.

Ainda assim, a sobrevalorização desta característica pelos estudantes não deve ser descurada porque ela pode ter subjacente o receio de que o desempenho individual esteja inexoravelmente condicionado pelo grupo. Os estudantes que foram consistentemente bem sucedidos com estratégias escolares individualistas, poderão sentir a mudança para um modelo colaborativo como uma ameaça às premissas do seu sucesso académico. Assim, quaisquer experiências passadas com grupos disfuncionais em contextos não ABP podem ser sobrevalorizadas e condicionar as atitudes dos estudantes face à introdução do ABP.

Se por um lado os factores acima referidos dificultam o processo de transição, por outro, estudantes que tiveram experiência com ABP têm maior probabilidade de ter concepções mais positivas sobre este modelo de curriculum (HENDRY *et al.*, 2006)

Assim, com o propósito de prevenir/minimizar os efeitos negativos que o desconhecimento, ou pré-concepções erradas, pudessem ter na introdução do novo modelo de curriculum, o grupo responsável pelo processo de adequação do curso de Fisioterapia da ESTSP organizou um conjunto de actividades através das quais os estudantes pudessem adquirir informação relevante e perceber o que é a ABP. Procurou-se assim promover a formação de concepções ajustadas e fundamentadas sobre o modelo. Com esta abordagem esperava-se que ocorresse o desenvolvimento de sentimentos e atitudes favoráveis e que se contrariassem

**Quadro 1:** Finalidades e objectivos do programa de formação para apoio ao processo de adequação – estudantes

Genérico
Envolver os estudantes no processo de adequação a Bolonha Introduzir os estudantes aos conceitos e terminologia do novo modelo Promover uma atitude positiva face ao ABP
Específico
Promover a consciência acerca das possibilidades do ABP: No que respeita a profundidade da aprendizagem No que respeita a integração dos conceitos No que respeita o desenvolvimento de competências
Promover consciência acerca das exigências do ABP: No que respeita os compromissos para com o grupo e para com a tarefa No que respeita o tempo e o esforço colocado na aprendizagem
Expor os estudantes a situações de aprendizagem em ambientes mistos E-B – Learning Introduzir os estudantes a tecnologias de informação e comunicação relevantes para o ensino superior em geral e em particular para o ABP
Promover no estudante a consciência acerca do seu estilo de aprendizagem e as suas implicações para aprendizagem
Promover a consciência acerca dos conflitos que ocorrem no funcionamento do grupo
Promover o desenvolvimento de estratégias comportamentais que podem ser utilizadas em situações de conflito

preconcepções negativas sobre ABP, em geral, ou sobre suas características específicas, que pudessem prejudicar a sua introdução.

As actividades que decorreram no ano lectivo que precedeu a introdução organizam-se dentro do módulo introdutório, “Aprender a aprender com ABP” que abaixo se descreve. Este módulo consistiu numa versão simplificada de parte da unidade curricular inicial do curriculum em ABP.

### “APRENDER A APRENDER COM ABP”

O módulo introdutório, com a duração de uma semana, foi organizado com a estrutura semelhante, mas em menor escala, à de uma semana típica do modelo de ABP que se vai implementar. Assim as tipologias das horas de contacto, a sua proporção e a sua sequência foram a mais aproximada àquela que os estudantes viriam a encontrar no futuro. A participação nas actividades ainda que fortemente recomendada foi voluntária.

Após a apresentação dos objectivos e horário, a semana iniciou-se com uma Sessão Tutorial em que a situação-problema que enquadraria e focaria o trabalho dos estudantes, consistiu num texto sobre a introdução da ABP da ESTSP.

Um tutor, em cada um dos grupos de 8 a 9 estudantes, acompanhou o processo de análise da situação, a definição dos problemas e o estabelecimento das tarefas de estudo que resultaram da situação-problema. Os tutores facilitaram as sessões tendo-se servido de um guia, em que constavam os objectivos de aprendizagem, temas de aprendizagem a serem identificados e questões que se esperavam ver formuladas pelos estudantes (ver quadro 2). Este guia constituiu a referência comum aos tutores dos diferentes grupos.

**Quadro 2:** Extracto do guia do tutor

Ideias/ explicações correntes que os estudantes podem discutir que irão conduzir às questões	Questões que gostaríamos que os estudantes pusessem
...	O que é o PBL?
Ensino por disciplinas/matérias Vs em torno de problemas	...
Informação, conhecimento e saber.	O que é a aprendizagem?
Aprender <i>vs</i> ensinar.	Qual é a minha maneira de aprender?
...	O papel do grupo no processo de aprendizagem
O papel do Tutor	O que é que constitui um problema?
....	...
Que tecnologias estão disponíveis que podem auxiliar na aprendizagem	Quanto conhecimento é necessário adquirir? (a definição de objectivos de aprendizagem)
Implicações do modelo (emocionais)	....

As actividades incluíram Sessões Laboratoriais de desenvolvimento/treino de habilidades orientadas para as Tecnologias de Comunicação e Informação e para o autoconhecimento (estilos de aprendizagem) e dinâmica de grupos (gestão de conflitos)

Por indisponibilidade de calendário as Sessões de Recursos programadas que normalmente constam da semana típica não foram agendadas. Contudo foram disponibilizadas Sessões de Recursos “a pedido” se o número de estudantes o justificasse. Em alternativa os estudantes seriam remetidos para o atendimento por especialistas. Na plataforma pedagógica MOODLE<sup>1</sup> foram disponibilizados recursos tais como documentos e *links* para páginas relevantes na internet.

Os principais temas de estudo previstos consistiam em “o que é o processo de Bolonha, suas premissas e implicações”, e, “o que é ABP, suas características e vantagens/desvantagens”.



A segunda e última sessão tutorial foi orientada para, a partilha de informação recolhida entre as sessões, atribuição de significados, estabelecimento de inter-relações entre os temas e desenvolvimento de conceitos. A par com isto esperava-se que os estudantes explicitassem sentimentos e atitudes acerca do ABP e, em relação aqueles conotados negativamente, estabelecer qual a gênese.

Nas sessões tutoriais foram utilizadas ferramentas como mapas conceptuais e diagramas para estabelecer relações entre os temas de estudos, entre conceitos e entre estes e os sentimentos/atitudes acerca dos temas em estudo. Estes mapas foram redesenhados na 2ª sessão tutorial para acomodar a informação entretanto compilada. Como produto final, solicitou-se aos estudantes que elaborassem, em suporte electrónico, uma reflexão crítica individual sobre a sua experiência. Esta reflexão deveria partir dos mapas conceptuais que tinham sido elaborados pelo grupo a que cada estudante pertencia e deveria ter aproximadamente um página A4 de extensão. Aparte destas indicações, as reflexões foram não estruturadas, esperando-se que nelas os estudantes expressassem sentimentos acerca das actividades, plasmassem o conhecimento adquirido através delas, reportassem percepções relativas aos temas e analisassem criticamente as suas concepções. Esperava-se ainda que expusessem sentimentos e atitudes acerca dos temas e/ou suas características.

Estas actividades procuraram usar o ABP como via para a aprendizagem sobre o que é o ABP. Recorreu-se assim a uma situação real para permitir aos estudantes e docentes desenvolver uma noção próxima dos recursos e exigências que irão ser necessários no novo curriculum. Para além da aquisição da informação de uma forma activa a vivência deverá permitir o desenvolvimento de percepções concepções e sentimentos sobre o ABP que não estariam acessíveis de outras formas.

## **Metodologia**

### **Tipo de estudo**

Estudo de caso com abordagem qualitativa.

### **Sujeitos**

Constituíram a população deste estudo os estudantes do 1º ano do curso de Fisioterapia que tendo participado voluntariamente nas actividades da semana preparatória de introdução ao ABP na Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto entregaram a sua reflexão crítica sobre o ABP e que deram o seu consentimento informado por escrito.

De 73 estudantes matriculados na disciplina de Métodos e Técnicas de Fisioterapia II, 51 participaram na semana preparatória, 47 entregaram a reflexão crítica e destes 43 deram o seu consentimento informado nos termos da Declaração de Helsínquia.

Na amostra constituída por 32 sujeitos do sexo feminino e 11 do masculino, as idades variavam entre os 19 e os 31 anos sendo a média  $20,58 \pm 2,83$  anos.

### **Caracterização do Corpus**

O corpus de documentos em análise foi constituído por 43 reflexões críticas dos estudantes. Em relação à extensão, o número de palavras varia entre 227 e 1628 tendo em média 640 palavras o que se aproxima do número de palavras de uma página A4, o valor de referência sugerido aos estudantes, mas o desvio padrão é acentuado (265,96), evidenciando a variabilidade da dimensão dos documentos em análise.

---

<sup>1</sup> **Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment - Moodle** é um software livre, de apoio à aprendizagem, executado num ambiente virtual

## Procedimentos

Dada a hipótese directriz deste estudo, “No decorrer da exposição ao modelo curricular de ABP serão geradas percepções/concepções e sentimentos sobre ela” e os temas que se pretendiam que fossem objecto de estudo (ver quadro 3) da semana preparatória, estabeleceu-se um quadro de referenciação, *à priori*, com três dimensões de análise que agrupam várias categorias e sub-categorias pré-estabelecidas onde se pretendia alocar os temas que emergiram da análise das reflexões emergiram os temas sendo que a maioria está em linha críticas.

**Quadro 3:** Dimensões, categorias sub-categorias e temas de codificação das unidades de registo

DIMENSÕES	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	TEMAS
1-Descrições sobre os temas	Relatos	-----	Semana preparatória
		-----	Descrições de Bolonha
2- Percepções e Concepções sobre os temas	Percepções e concepções sobre PBL	-----	Aprendizagem e seus estilos Avaliação Características do PBL Competências Exigências do PBL Funcionamento do grupo Oportunidades de aprendizagem Papel das Tecnologias Papel do estudante Papel do professor Concepções erróneas
3- Sentimentos sobre os temas	PBL	Favoráveis	Optimismo/receptividade Vantagens
		Desfavoráveis	Cepticismo Insegurança/Ansiedade Desvantagens
	Semana preparatória	Favoráveis	-----
		Desfavoráveis	-----

## Colheita de dados

Utilizando o software NVivo 7 da © QSR International, procedeu-se à codificação das unidades de registo dentro das categorias e temas existentes. O critério de categorização foi semântico sendo a unidade de registo o Tema e a unidade de contexto o Parágrafo (BARDIN, 2007).

## Análise dos dados

A Análise de Conteúdo Temática com ênfase na abordagem qualitativa realizada neste estudo conduziu aos resultados que a seguir se expõem.

### **Apreciação geral**

Numa primeira análise dos dados constata-se que as dimensões em que se inscrevem as diferentes categorias estão alinhadas com os propósitos do estudo. De facto todas elas apresentam, distribuídos pelas suas diferentes categorias, temas em número ou com relevância suficiente para justificar a multidimensionalidade desta pesquisa.

Quanto à representatividade, a quantidade unidades de texto codificadas em cada categoria apresenta grande variedade. Esta variação, que vai da unidade até próximo das seis dezenas exprime, por um lado, a diferença dos significados que esta experiência teve para cada estudante, por outro, a interpretação que cada um fez do que era pretendido com a reflexão crítica. Esta impressão é reforçada pela diversidade de fontes de proveniência dos temas codificados e que oscila entre a unidade e as três dezenas. Estes dados referentes às diferentes categorias, em que se incluem as mais representadas, suportam a noção de que mesmo os temas mais importantes não foram objecto duma reflexão que se desejava transversal a todos estudantes.

### **Análise por dimensões**

#### **Dimensão 1 - Descrições sobre os temas**

Nesta dimensão, ao analisarmos a distribuição dos temas por categorias, podemos apreciar que as referências ao processo de Bolonha e os relatos sobre as actividades da semana estão presentes nas reflexões críticas da maioria dos estudantes.

##### Categoria - Descrições sobre Bolonha

As referências ao processo de Bolonha são frequentemente utilizadas para enquadrar a necessidade da introdução do novo modelo

“No âmbito de responder aos desafios que o Processo de Bolonha levanta foi necessário um modelo que centrasse a aprendizagem no estudante, integrasse conhecimentos e facilitasse o desenvolvimento de competências, tais como a capacidade de intercomunicação, a integração em equipa, a inovação e adaptação à mudança, empregando uma metodologia de ensino mais activa e participativa.”

*AP referência 1 Descrições sobre Bolonha*

##### Categoria - Descrições sobre a semana preparatória

Dado que foi sugerido aos estudantes que a reflexão fosse sobre a sua experiência com a ABP era de esperar que o relato sobre o que se passou servisse de estrutura para enquadrar essa reflexão. Essa estratégia foi utilizada repetidamente.

“Ao longo da semana de introdução ao PBL deparamo-nos com um simulacro do funcionamento deste método e uma apresentação de eventuais ferramentas de trabalho a desenvolver no mesmo”

*LR; referência 1- Descrições semana preparatória*

#### **Dimensão 2 – Percepções e concepções acerca da APB**

Nesta dimensão foram incluídas as categorias em que se codificaram os temas referentes às percepções e concepções agregadas à ABP e expressas pelos estudantes nas suas reflexões críticas. Duma forma geral estas percepções e concepções estão ajustadas àquelas que se encontram descritas na literatura acerca dos mesmos temas no âmbito da ABP. Esta correspondência pode indicar que em relação a estes temas, muitos estudantes optaram por

seguir uma mesma estratégia para a elaboração da reflexão crítica e que poderá ter consistido em consultar e transcrever fontes de informação.

Tendo ocorrido, esta prática pode vir a revelar-se consistente com uma interiorização insuficiente dos conceitos e conduzir à formulação de juízos errados sobre a ABP.

Para além das categorias em que se inscrevem os diferentes temas em alguns casos constatou-se algum desajuste entre as concepções explicitadas pelos estudantes e as reportadas na literatura pelo que foi criada a categoria das Concepções Erróneas.

#### Categoria - Aprendizagem e seus estilos.

De entre os propósitos da semana preparatória pretendia-se tornar cada estudante conhecedor da existência de estilos de aprendizagem, despertar a consciência acerca do seu estilo e promover a reflexão sobre as implicações dos estilos no processo de aprendizagem no âmbito da ABP. Com esse intuito foram programadas e realizadas duas sessões laboratoriais dedicadas ao tema.

Apesar da relevância atribuída ao assunto pelos planeadores da acção de formação, este não foi objecto de preocupação generalizada dos estudantes. Apenas 10 se referem aos estilos de aprendizagem nas suas reflexões críticas e destes nem todos conseguiram perceber as implicações da forma como foi capturada nos excertos abaixo citados

“Como no PBL é em grupo que decorrerá uma grande parte da nossa aprendizagem foi importante conhecermos que cada aluno possui o seu estilo de aprendizagem e que podemos colher melhores resultados do trabalho de grupo se tivermos essa diferença individual em conta.”

*CA referência 1 Aprendizagem e seus Estilos*

“A sessão de estilos de aprendizagem fez-me reflectir sobre o meu resultado no inquérito, nomeadamente na consciencialização do que fazer para um melhor sucesso escolar, visto que são habilidades passíveis de serem desenvolvidas. “

*JP referência 1 Aprendizagem e seus Estilos*

A aprendizagem e não tanto o ensino está no centro da ABP. Desta forma o conhecimento que os estudantes têm acerca dos estilos de aprendizagem pode ser crucial para um modelo com estas características particulares.

#### Categoria - Características da ABP

Sendo uma proposta de curriculum que se caracteriza por se organizar em torno da aprendizagem colaborativa, por apresentar integração das diferentes disciplinas científicas em torno de um problema e por ser centrado no estudante e na auto direcção no seu estudo, é de esperar que existam várias características enunciadas e codificadas nesta categoria que se inter-relacionam com temas incluídos noutras categorias. Desta forma foram aqui incluídas as descrições que capturam a essência da ABP mas que em simultâneo revelam diferentes níveis de profundidade do conhecimento que os estudantes têm acerca do assunto. Neste caso vão da enunciação das características, por vezes transcritas de uma fonte...

“O PBL, como proposta curricular, é um processo activo, cooperativo, integrado e interdisciplinar, que tem como base o estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o estudante se empenhe em determinados conteúdos.”

*AP referência 1 Características da APB*

“Ora, o PBL baseia-se na exposição de um problema, real ou simulado, que deverá ser pertinente, despertando a curiosidade dos alunos e motivando-os para a sua resolução. O

problema, deverá igualmente integrar um conjunto de diversas áreas educacionais, para que a aprendizagem do aluno ocorra a vários níveis e para que haja, por parte deste, uma constante relação, incorporação e enquadramento de competências e conhecimentos”

*AF referência 1 Características da APB*

... até à síntese que resulta de um processo de reflexão em que se capturou a essência do objecto:

“Uma das informações mais importantes adquiridas durante esta semana foi a compreensão do principal objectivo do PBL<sup>2</sup>: quando confrontados com um problema, a finalidade não é resolver esse problema mas sim saber como resolvê-lo. Na minha opinião, esta distinção é essencial para que, à partida, todos estejamos familiarizados com o objectivo do trabalho que estamos a realiza”

*OV referência 1 - Características da APB*

De entre as características da ABP referidas pelos estudantes, o trabalho colaborativo parece ser a mais relevante. Em diversas circunstâncias, esta forma de trabalho aparece como conceito chave para a compreensão de outras percepções, concepções e sentimentos que os estudantes referem acerca da ABP. É exemplo disso o peso que o grupo e o trabalho colaborativo têm nas exigências da ABP.

#### Categoria – Exigências da ABP

Relacionada com as concepções, um dos objectivos do estudo era determinar o que os estudantes perceberam em relação às exigências da ABP.

Nas reflexões os estudantes fazem recorrentemente referência à interdependência dos membros do grupo para atingir os objectivos de aprendizagem. Esta dependência pressupõe habilidades diferentes daquelas necessárias para os curricula tradicionais...

“o PBL exige dos alunos competências como autonomia, capacidade de síntese, selecção de fontes de informação seguras, respeito pelo grupo, cooperação, entre outras que são essenciais neste novo modelo de aprendizagem”

*MG referência 5 - Exigências da APB*

...mas também mais esforço por parte dos estudantes

“A carga de trabalho que recairá sobre os alunos será muito maior e será necessário um maior dispêndio de tempo, uma vez que a maior parte do trabalho será realizado fora da escola.”

*AF referência 1- Exigências da APB*

A referência ao esforço acrescido pelos estudantes pode ser resultado de alguma distorção produzida pelo contexto em que este período de formação decorreu e que pode ser o fruto da sobreposição com outras actividades lectivas em formato tradicional. Quando o novo modelo for introduzido as oportunidades de aprendizagem estarão coordenadas em torno do problema e haverá menor dispersão do esforço dos estudantes.

#### Categoria – Oportunidades de Aprendizagem na ABP

A forma convencional de organizar formalmente (planos de estudos) as oportunidades de aprendizagem em aulas teóricas, teórico-práticas, práticas, seminários, estágios, dá lugar, no âmbito do processo de Bolonha, a uma maior diversidade de formatos. É ainda dada

---

<sup>2</sup> **PBL** – Problem Based Learning – Aprendizagem Baseada em Problemas

particular relevância ao esforço do estudante fora das horas de contacto. Este é um dos âmbitos de aplicação dos créditos europeus - ECTS.

No modelo de ABP desenvolvido para o curso de Fisioterapia da ESTSP, em substituição das tipologias de horas de contacto tradicionais são propostas as Sessões Tutoriais, Sessões de Recurso e as Sessões Laboratoriais e o estudo individual.

Todas as tipologias são sistematicamente referidas nas reflexões dos estudantes embora o estudo individual não tenha merecido igual atenção dos estudantes.

“As aulas expositivas são substituídas por sessões tutoriais (troca de ideias entre os elementos do grupo sob a orientação do tutor); aulas laboratoriais; sessões de recurso (destinadas ao esclarecimento de dúvidas); estudo individual, de onde advém a aprendizagem do estudante.”

*ATG referência 1- Oportunidades de aprendizagem*

Há uma alteração substancial do papel das horas de contacto no curriculum com as aulas teóricas quase a desaparecer e as práticas a serem substituídas pelas sessões laboratoriais. São o elemento central, que diferencia do actual modelo, as sessões tutoriais que põem em lugar de destaque as actividades do grupo.

#### Categoria – Funcionamento do grupo na ABP

Como já foi referido acima, na perspectiva dos estudantes o grupo desempenha um papel central na ABP. É uma característica, um factor de exigência e um local/oportunidade para a aprendizagem. Por isso os conceitos e percepções que os estudantes apresentam acerca do funcionamento do grupo na ABP tornam-se particularmente importantes no âmbito deste estudo. Nestas percepções e concepções os estudantes reportam-se à interdependência dos membros do grupo, ...

“O funcionamento em grupo remete-nos para uma interdependência extrema, um duplo sentido de responsabilidade, por nós mesmos e pelo grupo, uma necessidade de abertura e capacidade de respeitar e se relacionar com colegas, que não são escolhidos por nós, que condiciona extremamente o trabalho a desenvolver e os seus resultados.”

*LR referência 1- Oportunidades de aprendizagem*

... aos conflitos que são esperados,...

“Como é sabido, trabalhar em grupo fomenta a par da entreaajuda, do companheirismo e da responsabilidade uma indesejável mas inevitável “desavença” entre elementos do grupo.

*DFS referência 1- Oportunidades de aprendizagem*

...à necessidade de estabelecer e cumprir regras para facilitar a produtividade e prevenir/ minorar aparecimento dos conflitos, ...

“É extremamente necessário que sejam cumpridas todas as normas do grupo para que haja um bom funcionamento do mesmo e um bom ambiente de trabalho.”

*ATG referência 1- Oportunidades de aprendizagem*

..., regras essas que passam pela atribuição de papeis para regular o funcionamento do grupo.

“Para um bom desempenho neste modelo de ensino o primeiro e não menos importante passo, é portanto a formulação das regras que o grupo. Essas regras passam pela eleição de um presidente que modere as discussões e trocas de ideias entre o grupo, que solucionem

atrasos, incumprimentos de objectivos, bem como regras que minimizem ou evitem conflitos não produtivos e desnecessários”

*DFS referência 1- Oportunidades de aprendizagem*

Um aspecto particular do funcionamento do grupo na ABP e que é referido apenas por um estudante, transcrito no primeiro excerto, é de que o grupo não se forma naturalmente, sendo imposto pelos docentes.

Sendo um grupo de trabalho a sua função é exactamente essa não sendo esperado que os estudantes tenham relações de amizade. Assim é particularmente importante a clarificação do papel dos docentes e estudantes e as diferenças relativamente aos papéis actualmente desempenhados.

Categoria – Papel dos estudantes.

A mudança paradigmática de um ensino liderado pelos docentes para um ensino em que o estudante está no centro do processo é um aspecto essencial para a introdução da ABP no curso. A imagem de um estudante assistindo passivamente à aula é substituída por aquela de um estudante em pesquisa, a recolher e analisar informação, reflectindo sobre a sua relevância e discutindo-a em grupo. Estas noções foram capturadas nas imagens dadas pelos estudantes.

“O estudante pôs de parte o seu papel de receptor passivo, passando a tornar-se o principal responsável pela sua aprendizagem, ou seja pelo modo como adquire novos conhecimentos, desenvolve competências e muda o seu comportamento, através da experiência, observação e prática motivada”

*AP referência 1- Papel do Estudante*

“Com o PBL, o estudante: trabalha em equipa, participa activamente na discussão do problema contribuindo com o conhecimento e experiências que possui e, posteriormente, após pesquisa e reflexão, partilha o novo conhecimento adquirido, é ele que procura, identifica e selecciona a informação relevante para a aprendizagem tendo, com certeza, o cuidado de confirmar a fidedignidade dessa informação.

*OV referência 1- Papel do Estudante*

A esta nova imagem do estudante associa-se também a nova imagem dos docentes e os papéis por eles desempenhados.

Categoria – Papel dos docentes.

Na ABP o papel dos docentes nas horas de contacto é significativamente diferente daquele desempenhado no modelo tradicional. Embora na essência a sua função de educador permaneça idêntica na ABP o enfoque é centralizado na facilitação e orientação do processo de aprendizagem dos estudantes e não na transferência de informação própria de um especialista. Os papéis de planificação permanecem mas não sendo tão evidentes reflectem-se na percepção que estes têm da actividade do docente.

“No que diz respeito aos docentes, estes deixam de ser os transmissores do saber e passam a parceiros e estimuladores do estudante na descoberta do conhecimento. O professor é agora designado tutor, e a sua função é ser orientador, facilitador, avaliador, e pode eventualmente ajudar a dissecar o problema mas não é uma fonte primária de informação, isto é, o tutor deixa que os estudantes discutam o problema sem, no entanto, permitir que se afastem demasiado do objectivo final.”

*OV referência 1- Papel dos docentes*

“O professor deixa de ser fonte permanente de informação e passa a ser facilitador, orientando o grupo dentro de determinados limites de forma a não fugirem dos objectivos, pois neste método o importante é o percurso e não tanto a solução. Não precisa ser especialista na área mas para as suas funções precisa de conhecer tecnicamente os temas do módulo temático do qual é tutor. Por fim, deve também ser motivador, ter disponibilidade para os alunos e estar atento à evolução do trabalho do grupo, às discussões e à participação dos alunos.”

*MM referência 1- Papel dos docentes*

#### Categoria - Papel das tecnologias

A par da introdução do curriculum em ABP um dos objectivos do processo de adequação a Bolonha do curso de Fisioterapia é o desenvolvimento de habilidades/competências na área das TIC, do relacionamento interpessoal e de funcionamento do grupo. Quer pela sua aplicabilidade imediata no curso quer pela sua relevância para a profissão e para a aprendizagem ao longo da vida estas “tecnologias” adquirem um papel importante para os responsáveis pelo processo de adequação. Estas preocupações que foram transportadas para o plano de formação e para a semana introdutória, foram percebidas pelos estudantes.

“Durante esta semana preparatória descobrimos que através da Internet já não se torna fundamental estarmos reunidos para fazer um trabalho de grupo, existem ferramentas disponíveis nos computadores com acesso à Internet que permitem, por exemplo, que ocorra comunicação em tempo real e possibilitam a edição de um mesmo ficheiro por vários indivíduos ao mesmo tempo a partir de computadores distintos, ou seja, estas ferramentas informáticas facilitar-nos-ão a nossa aprendizagem no PBL.”

*CA referência 1- Papel das tecnologias*

“A sessão laboratorial sobre gestão de conflitos foi também útil visto que como teremos de trabalhar em grupo, facto que acarreta obrigatoriamente a convivência de personalidades diferentes, pode gerar-se mais facilmente conflitos.”

*JM referência 2- Papel das tecnologias*

Estas habilidades que se pretendem desenvolver são frequentemente confundidas com o conceito mais abrangente que é o de competência.

#### Categoria - competências

Competência é um dos termos mais recorrentes e centrais no processo de Bolonha mas ainda assim é utilizado com referência a definições diferentes da de documentos de referência do processo.

Nas reflexões críticas os estudantes referem-se a competências tendo frequentemente a concepção de habilidade subjacente ...

“Nestas sessões contactámos com formas de aquisição de competências (como informática e relações interpessoais) que podem ser úteis para a realização do trabalho.”

*AM referência 1- Competências*

..., e embora alguns estudantes se tenham aproximado do conceito....

“Todo este processo irá levar à aquisição de competências, como conhecimentos, habilidades e atitudes”

*ARN referência 2- Competências*

...esta é uma das áreas em que se detectaram concepções erróneas.



### Categoria - Concepções erróneas

O desenvolvimento de concepções erróneas pode conduzir ao aparecimento de expectativas desajustadas ou oposição infundada quando se pretende instituir uma mudança. Na análise das reflexões críticas foi percebido que alguns estudantes desenvolveram conceitos errados acerca de aspectos da APB ou com assuntos relacionados que podem vir a tornar-se problemáticos aquando da introdução do modelo. Uma das concepções erradas mais comuns é a de que a APB tem por propósito a resolução dos problemas quando de facto a situação problemática é apenas o mote para o estudo.

“A resolução do problema, de acordo com esta metodologia, pressupõe o trabalho e a aprendizagem em grupo”

*AF referência 1- Concepções Erróneas*

Outros conceito central para o processo de adequação é o de ECTS<sup>3</sup>. O seu significado é relevante para os estudantes em especial para a mobilidade e para determinar o esforço dos estudantes. Porém estes entenderam-no como um sistema de avaliação.

“A avaliação através do PBL é feita por um sistema de créditos (ECTS), que avalia a carga de trabalho que temos de ter e não o grau de dificuldade da cadeira nem o status do docente.”

*CF referência 1- Concepções Erróneas*

### Categoria – Avaliação

Ao contrário do que seria de esperar, as referências à avaliação no âmbito da ABP não são em quantidade suficiente para que se possam fazer ilações seguras acerca do que os estudantes perceberam e agora concebem sobre a avaliação. As poucas referências podem indicar que a este aspecto da ABP não foi, por alguma razão, dada atenção correspondente à importância do tema.

“Para esta questão ainda não temos uma resposta totalmente definitiva, no entanto, sabe-se que trás algumas novidades. O grupo irá realizar um portefólio/dossier de grupo com fichas de informação recolhida por cada membro, mapas de conceitos, artigos relacionados com o tema em estudo entre outros, o qual serve de avaliação em relação ao grupo. Quanto à avaliação individual, haverá realização de frequências, exames teóricos e teórico-práticos e uma reflexão sobre cada tema”

*CC referência 1- Avaliação*

Sendo poucas as referências, elas incidem sobre as formas e os objectos de avaliação tendo alguns estudantes apreendido muito claramente a essência do processo de avaliação.

“Neste método de ensino os alunos são avaliados pela aquisição de competências, ou seja, pela capacidade para demonstrar qualidades e condições para resolver determinado problema. Não se baseia apenas no saber (conhecimentos), mas também, no saber fazer (habilidades) e saber estar (atitudes).”

*VB referência 1- Avaliação*

### **Dimensão 3 – Sentimentos sobre a ABP**

---

<sup>3</sup> **ECTS- European Credit Transfer System** – Sistema Europeu de Transferência de Créditos

Nesta dimensão agruparam-se as unidades temáticas cuja codificação reporta a sentimentos acerca da ABP e acerca da semana preparatória. Foram agrupados em categorias de sentimentos considerados como favoráveis e desfavoráveis.

Dentro dos favoráveis encontramos o optimismo/receptividade e as declarações acerca das vantagens. Nos desfavoráveis encontramos o cepticismo, a insegurança e ansiedade e as declarações acerca das desvantagens.

A classificação que foi utilizada resultou, em relação à ABP, numa maioria de unidades codificadas nas categorias desfavoráveis ainda que estando distribuídas por um maior número de temas. Por outro lado o tema das vantagens é o que agrega individualmente mais referências provenientes de mais reflexões críticas.

Quanto aos sentimentos relativamente à semana preparatória predominaram os sentimentos favoráveis

### Categoria – Favoráveis à ABP

Dentro desta categoria e respectivas subcategorias fica a percepção de que há vantagens e potencial neste modelo e que isso conduz à receptividade e a um espírito de abertura para com a ABP

#### Sub categoria – Vantagens

O que promove/desenvolve como estudante e como futuro profissional

“Uma das grandes vantagens desta metodologia é a aproximação entre a forma como os estudantes realizam as suas aprendizagens e a realidade com a qual entrarão em contacto na sua vida profissional, permitindo ainda o desenvolvimento de maior autonomia “

*LA referência 1- Vantagens*

“Além do que já foi referido anteriormente sobre o método PBL, há a acrescentar que são largas as vantagens que lhe estão associadas, tais como: um ensino mais interactivo, dinâmico, sólido, aprofundado e adaptado às exigências do mercado de trabalho; a estimulação do gosto pela leitura, raciocínio lógico e debate; o possível contacto com diferentes especialistas na matéria que não os docentes”

*IM referência 1- Vantagens*

#### Sub categoria – Optimismo/receptividade

Portanto, concluo que este é um processo que necessita de algum tempo de adaptação por parte dos alunos e dos professores, já que foram vários os anos de ensino transmissivo a que ambos estiveram sujeitos, mas demonstra potencialidades para melhorar da qualidade do ensino-aprendizagem que é deveras o mais importante.

*LA referência 1- Optimismo*

### Categoria – Desfavoráveis à ABP

Os sentimentos negativos expressos pelos estudantes são predominantemente de insegurança e ansiedade. Parece poder associar-se a um cepticismo quanto à capacidade dos diferentes intervenientes para ultrapassarem as dificuldades que a mudança vai impor.

#### Sub categoria - Cepticismo

Algum do cepticismo decorre da percepção de que não há recursos adequados...

“Olhando agora particularmente para a instituição de que fazemos parte, temo verdadeiramente que não esteja à altura dos requisitos materiais para o sucesso do PBL, dado que é uma metodologia exigente no que diz respeito a recursos físicos (biblioteca com condições e material devido, acesso a meios informáticos, salas para estudo e reuniões, etc.).”

*LR referência 2- Cepticismo*

...mas também da falta de confiança nas capacidades dos intervenientes

“Os estudantes estão habituados ao método tradicional, onde recebem tudo de “mão beijada”, não sabem tomar a iniciativa e a adaptação é muito complicada, os professores também não estão muito informados e muitas disciplinas podem ter muitas dificuldades de adaptação.”

*PF referência 1- Cepticismo*

#### Sub categoria – Insegurança e ansiedade

A insegurança e a ansiedade parecem derivar da importância que o grupo tem no desempenho individual...

“Com efeito, as principais reticências que se colocaram face a este novo conceito prenderam-se principalmente com o facto de ter de trabalhar, ao longo de todo o ano em grupo e as consequências que essa situação acarreta, tais como o surgimento de conflitos devido ao facto de muitas vezes alguns alunos trabalharem mais do que os colegas, assim como outras situações inerentes ao trabalho em grupo”

*PF referência 1- Insegurança e ansiedade*

...e do que pensam que mais pode haver na ABP que seja ainda desconhecido.

“Gera-se portanto uma grande ansiedade nos alunos, os quais olham para o PBL com grande desconfiança, por não saberem se serão capazes de se integrarem em tão grande mudança e pelo facto de não se encontrarem respostas relativamente a certos aspectos que incorporam o modelo.”

*AF referência 1- Insegurança e ansiedade*

#### Sub categoria – desvantagens

Mais uma vez o grupo contribui para sentimentos negativos relativamente à ABP. De facto esta característica da é apontada como desvantagem ...

“Em contrapartida a grande desvantagem está na maior interdependência entre todos, ou seja, todos os estudantes dependem uns dos outros e como tal há uma maior responsabilidade em não prejudicar todo um grupo.”

*CF referência 1- Desvantagens*

...a par com o aumento do esforço que os estudantes percebem como proveniente do modelo.

“Apesar das imensas vantagens do modelo PBL, penso importante referir que este apresenta algumas desvantagens, visto que além de requerer muito mais trabalho contínuo, a avaliação poder ser muitas vezes injusta, gerar mais conflitos e penso que muitas vezes sentiremos muita dificuldade em seleccionar informação ou mesmo encontrá-la.”

*JP referência 1- Desvantagens*

### Categoria – Sentimentos relativos à semana preparatória

Percepcionar os sentimentos desenvolvidos pelos estudantes relativamente à semana preparatória era um dos objectivos deste estudo.

Determinar que sentimentos foram gerados com esta experiência servirá para proceder a ajustes na planificação da semana introdutória que consta do plano de estudos adequado a Bolonha.

A predominância de sentimentos positivos parece indicar que a experiência foi de encontro ao esperado embora como se previa a curta duração da experiência tenha sido considerada como um aspecto desfavorável.

#### Sub categoria – Desfavoráveis

“Além destes factores, esta semana de experimentação não foi, obviamente, suficiente para sentir que o receio em relação a esta metodologia fosse atenuado”

*LR referência 1- Desfavoráveis*

#### Sub categoria – Favoráveis

Os sentimentos positivos incidem sobre o esclarecimento de dúvidas ...

“Na minha perspectiva, penso que a semana passada veio esclarecer muitas das nossas dúvidas acerca do Processo de Bolonha e a forma como o qual vai afectar a nossa escola.”

*CA referência 1- Favoráveis*

..e o efeito que isto teve na diminuição da ansiedade e desconfiança, ...

“Na minha opinião esta semana foi muito boa e produtiva, falo por mim mesma no início da semana estava a um pouco com o pé atrás a cerca do que ia decorrer ao longo desta formação.”

*MS referência 1- Favoráveis*

...mas também pela oportunidade que os estudantes tiveram para contactar com diversas tecnologias que podem ser utilizadas na sua vida académica

“Procederam-se sessões laboratoriais ao longo da semana, considerando na minha opinião de grande importância na formação, tanto um nível prático: domínio de competências informáticas (google docs, moodle, chats), bem como a um nível interpessoal: reflexão e exploração dos temas: estilos de aprendizagem e gestão de conflitos.”

*JP referência 1- Favoráveis*

### **Discussão**

A utilização das reflexões críticas permitiu-nos identificar as percepções, concepções e sentimentos desenvolvidos pelos estudantes relativamente à ABP e à semana preparatória. A maioria dos temas é recorrente nas reflexões dos membros dos grupos. Esta recorrência era expectável uma vez que todos os estudantes passaram por oportunidades de aprendizagem similares e também porque os grupos nas sessões tutoriais foram orientados tendo como referência o mesmo guião, o Manual do Tutor. Este guião balizou os objectos de estudo dos estudantes tendo como ponto de partida os objectivos de aprendizagem para a semana preparatória que por sua vez se inscrevem nas finalidades do plano de formação. Associado ao manual a utilização dos recursos que foram disponibilizados conduziu a que as experiências vivenciadas pelos estudantes fossem similares.

Ainda que a interpretação dessas experiências e as construções que dela derivam sejam individuais, o contexto em que foram desenvolvidas, o Grupo, confere transversalidade às concepções, percepções e sentimentos, o que nos permite encontrar regularidades com relevância para os objectivos desta investigação. Esta regularidade dos temas pode ser perspectivada no âmbito deste estudo e num âmbito mais alargado de estudos similares.

No âmbito específico deste estudo, situam-se os relatos acerca de Bolonha e da semana preparatória enquadrados que foram na dimensão de Descrições Sobre os Temas.

Em relação a Bolonha os estudantes utilizaram estes relatos para contextualizar o processo de revisão curricular. Alguns consideraram a adopção da ABP como uma vantagem ao associarem este modelo a uma maior facilidade de mobilidade no espaço europeu.

Outra regularidade encontrada foi a dos relatos acerca da semana introdutória. Vários estudantes utilizaram a estratégia da narração, acerca dos acontecimentos durante a semana introdutória, para estruturarem a sua reflexão crítica. Por vezes cingindo-se aos relatos, de outras emitindo juízos de valor, a maioria dos estudantes reportou as suas vivências da semana preparatória.

Ainda que a maioria dos estudantes não tenha relatado sentimentos acerca da semana introdutória, os que o fizeram apresentaram opiniões favoráveis. Estas opiniões relevam positivamente os esclarecimentos sobre ABP que a formação proporcionou e que, em alguns casos, contribuiu para a diminuição da ansiedade.

Na dimensão das percepções e concepções, os temas, identificados nas reflexões críticas dos estudantes, são consistentes com as percepções e concepções acerca da ABP que se pretendia que fossem desenvolvidas pelos estudantes. Essa pretensão estava enunciada nas finalidades do plano de formação mas também no guia do tutor.

Nas reflexões críticas encontramos frases extraídas de documentos que foram fornecidos como referência, frases iguais nas reflexões de dois estudantes e frases cujos termos são mais comuns no português do Brasil do que no europeu. Estas características de alguns dos excertos sugerem que esses estudantes poderão tê-los transcrito de outras fontes. Como também não foram dadas instruções acerca dos procedimentos quanto à citação de fontes, alguns estudantes poderão ter optado por esta via para enriquecer a sua reflexão. Se por um lado no processo de selecção ocorreu exposição e alguma reflexão sobre o material consultado, o que constitui um primeiro passo para a formação de conceitos, por outro, pode não ter ocorrido a interiorização dos conceitos com a profundidade que as reflexões poderiam fazer supor.

Ainda que existam dúvidas sobre a originalidade de alguns dos excertos de algumas reflexões pode-se constatar que os objectivos da formação foram atingidos pois todos os principais temas foram objecto de estudo, reflexão e conceptualização

Os temas mais referenciados são respectivamente os que reportam às características da ABP, ao funcionamento do grupo, ao papel do docente e do estudante.

Porém a quantidade de referências em cada tema assim como a quantidade as fontes de proveniência dessas referências têm grande variabilidade.

Esta heterogeneidade que significa que as reflexões não foram exaustivas, permite duas interpretações diferentes: os estudantes não valorizaram de mesma forma os temas de estudo ou, os temas de estudo não foram abordados de forma homogénea por cada grupo. Em ambos casos as concepções acerca da ABP poderão apresentar grande heterogeneidade entre os estudantes. Também HENDRY et al (2006) referem uma grande heterogeneidade sugerindo porém a diversidade individual e as estratégias de aprendizagem como fonte da variabilidade. Em ambos casos, esta constatação merece ser tida em conta na planificação das unidades curriculares do novo curriculum.

Na base desta acção de formação assumiu-se que os estudantes só poderiam fazer um juízo informado acerca da ABP se tivessem um contacto prévio com o modelo de curriculum. Presumiu-se que os estudantes devidamente informados, em resultado da modalidade de contacto que foi escolhida, a semana preparatória, iriam desenvolver sentimentos consentâneos com a experiência.

A quantidade de referências, tanto a sentimentos favoráveis como desfavoráveis, parece indicar que os estudantes não têm uma posição definitiva acerca da ABP. Por um lado há

maior quantidade de referências a vantagens do que a desvantagens, por outro há maior quantidade de referências a insegurança/ansiedade e a cepticismo do que a optimismo/receptividade. O conjunto parece sugerir que os estudantes compreendem que a ABP trará vantagens mas que, apesar da experiência que lhes foi proporcionada, persistem dúvidas. Alguns estudantes referem exactamente este sentimento.

De entre os sentimentos desfavoráveis mais referenciados pelos estudantes estão aqueles relacionados com o papel que o grupo tutorial desempenha neste modelo. As questões da interdependência no trabalho cooperativo parecem gerar grande ansiedade.

Estas dúvidas não são exclusivas deste grupo. De facto, já Solomon *et al.*, (1998) refere sentimentos semelhantes em estudantes com maior tempo de exposição a este modelo do que os estudantes do presente estudo.

É interessante constatar que à semelhança dos achados de HENDRY *et al.*, (2006) também os estudantes da presente pesquisa puseram a ênfase no trabalho colaborativo como característica mais importante da ABP e não na aprendizagem auto-dirigida.

Quanto ao cepticismo o mesmo está associado a vários assuntos. De entre os vários aspectos geradores de cepticismo pode-se realçar a falta de confiança nos intervenientes para se adaptarem à ABP e a falta de condições da instituição.

Em relação à falta de confiança na capacidade SOLOMON *et al.*, (1998), descreveu-o como estando associado a expectativas irrealistas acerca do conhecimento que o estudante espera adquirir entre as sessões tutoriais. Alguns dos estudantes exprimiram dúvidas acerca da profundidade da abordagem dos assuntos em especial quando não são claros os mecanismos de validação. Esta percepção tende a diminuir à medida que os estudantes progredem no curriculum demorando contudo vários meses (HENDRY *et al.*, 2006). Como tal não seria de esperar que no presente estudo que pudesse diminuir apenas com uma semana de exposição. O outro factor associado ao cepticismo relatado é a falta de condições percebidas pelos estudantes em relação às condições físicas e recursos disponibilizados. De facto, por razões de circunstância a instituição passou por sérias dificuldades no período em que a semana preparatória decorria sendo difícil aos estudantes reunirem. Mais ainda, pelo facto de uma parte das restantes actividades lectivas continuarem esta formação veio em acumulação e não em substituição, o que poderá ter contribuído para a percepção de dificuldades acrescidas. Por fim é necessário ter em mente que a introdução de um novo curriculum, independentemente das suas características é sempre motivo de *stress* conduzindo naturalmente a resistências e a sentimentos desfavoráveis

## Conclusões

A utilização da semana preparatória como forma de promover o desenvolvimento de concepções acerca da ABP foi uma estratégia que se revelou adequada. Teve a aprovação da maioria dos estudantes sendo os reparos dirigidos à pequena duração.

A partir da análise das reflexões críticas produzidas pelos estudantes, acerca da sua experiência com a ABP, o conjunto das referências permite concluir que na semana introdutória se promoveram oportunidades de aprendizagem suficientes para que fosse apreendida a informação essencial acerca do enquadramento da adequação ao processo de Bolonha.

Apesar das oportunidades de aprendizagem disponibilizadas para todos estudantes, a partir da grande heterogeneidade das reflexões críticas, pode-se concluir que os diferentes estudantes desenvolveram grande diversidade dos graus de sofisticação das concepções sobre a ABP. A ABP é principalmente associada ao trabalho em grupo e a uma modificação substancial dos papéis dos docentes e dos estudantes. Na ABP os docentes passam a ter um papel secundário na aprendizagem que é centrada no estudante.

Tendo como ponto de partida a quantidade de referências favoráveis à ABP pode-se concluir que existe receptividade ao novo modelo. Porém subsiste algum cepticismo resultante principalmente de exposição insuficiente. Esta insuficiência contribuiu para a ansiedade sentida quanto ao futuro que é percebido como incerto. Esta incerteza resultou de alguma desconfiança em especial quanto ao trabalho colaborativo.

Da análise das reflexões críticas pode-se ainda concluir que no futuro é necessário ter em atenção as contribuições dos diferentes elementos dos grupos e em especial no que implica o processo de avaliação.

### **Bibliografia**

BARDIN, LAURENCE;- Análise de Conteúdo. In. Lisboa: Edições 70, 2007. ISBN 9789724412146.

BRETON, GAETAN- Some empirical evidence on the superiority of the problem-based learning (PBL) method. Accounting Education. ISSN 0963-9284. Vol. 8, n.º 1 (1999), p.1 - 12.

DAHLGREN, M. ABRANDT; DAHLGREN, L. O.- Portraits of PBL: students' experiences of the characteristics of problem-based learning in physiotherapy, computer engineering and psychology. Instructional Science. Vol. 30, n.º 2 (2002), p.111-127.

DUKE, MAXINE, [et al.]- Problem-Based Learning (PBL): Conceptions and Approaches of Undergraduate Students of Nursing. Advances in Health Sciences Education. Vol. 3, nº 1 (1998), p.59-70.

HENDRY, GRAHAM D., [et al.]- Conceptions of problem-based learning: the perspectives of students entering a problem-based medical program. Medical Teacher. ISSN 0142-159X. Vol. 28, n.º 6 (2006), p.573-575.

MARGETSON, D.- What counts as problem-based learning? Education for Health: Change in Learning & Practice. ISSN 13576283. Vol. 11, n.º 2 (1998), p.193.

MORAES, MAGALI ; MANZINI, EDUARDO - Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. Revista Brasileira de Educação Médica. ISSN 0100-5502. Vol. 30 (2006), p.125-135.

SAARINEN-RAHIKA, H.; BINKLEY, J. M.- Problem-based learning in physical therapy: a review of the literature and overview of the McMaster University experience. PHYS THER. Vol. 78, n.º 2 (1998), p.195-207.

WILLIAMS, RENEE; MACDERMID, JOY; WESSEL, JEAN- Student adaptation to problem-based learning in an entry-level master's physical therapy program. Physiotherapy Theory and Practice. ISSN 0959-3985. Vol. 19, n.º 4 (2003), p.199 - 212.

## ESSNOTÍCIAS

---



### ***International Course on Health Care Issues – Wellbeing and Health 2009.***

Teve início no passado dia 9 de Fevereiro o *International Course on Health Care Issues – Wellbeing and Health 2009*.

Este curso internacional e interdisciplinar cuja coordenação é da responsabilidade da ESS, tem a participação de mais de dez escolas de saúde europeias, de onde provêm cerca de 45 estudantes das áreas das ciências sociais e da saúde.

O curso é composto por dois módulos. O módulo preparatório (Módulo 1), que decorreu à distância e terminou no dia 31 de Março, teve como objectivos a análise, reflexão e discussão de um caso de complexidade crescente, no qual os estudantes desenvolveram vários passos relativos ao processo de aprendizagem. O suporte à aprendizagem é assegurado através de uma plataforma de aprendizagem e de tutores locais que acompanham o desenvolvimento dos trabalhos.

O módulo 2 (Módulo Intensivo), irá decorrer em Setúbal, tendo o seu início a 3 de Maio.

Neste período tutores e estudantes estarão juntos até à finalização dos trabalhos, a 14 de Maio.

### **Conferência Internacional da COEHRE**

A par da mobilidade, os movimentos migratórios de indivíduos na Europa têm sido crescentes. Hoje, as diferenças culturais, os valores e crenças diversificadas são comuns entre a população, mas a integração destes na cultura local, e a forma como as políticas e a prestação de cuidados de saúde respeitam essa diversidade, levanta várias questões:

*Existirão ou não políticas actuais que salvaguardem o acesso aos cuidados de saúde de todas as pessoas?*

*Qual será o papel das instituições de ensino na provisão de políticas adequadas?*

*Estarão os profissionais de saúde preparados para compreender e respeitar os valores e as diferenças culturais existentes? Terão as competências necessárias na prestação de cuidados efectivos a esta população?*

Estas e outras questões estarão no cerne da discussão na próxima Conferência Internacional da COEHRE, que irá decorrer entre os dias 22 e 24 de Abril de 2009, na cidade de Tallinn na Estónia, subordinada ao tema “*Health of migrants and displaced persons: implications for education*”.

*Migration and Access to Health Care: the case of Portugal* será o tema apresentado pela professora Lina Robalo, em representação da ADF/ESS.

Outras informações encontram-se disponíveis no site [www.coehre.eu](http://www.coehre.eu).



---

## Mobilidade Erasmus – reforço de laços bilaterais



No âmbito dos acordos bilaterais estabelecidos entre a ADF/ESS do Instituto Politécnico de Setúbal e a Hogesschool de Zuyd, Holanda e o Siaulai College, Lituânia, decorreram desde o início do ano, dois períodos de mobilidade docente.

Em Fevereiro, a ADF recebeu o docente Hans Roelofs, o qual teve a oportunidade de acompanhar os estudantes Erasmus nos locais de educação clínica. Durante a sua visita Hans Roelofs, realizou ainda uma apresentação sob o tema: *Theory Movement Therapy as a basis for our curriculum within broblem based education*, ao qual se seguiu uma discussão com os docentes da ADF.

Entre os dias 18 e 20 de Março, duas docentes da ADF visitaram o Siaulai College na

Lituânia, local este onde decorre actualmente o primeiro período de mobilidade Erasmus para estudantes, após acordo bilateral com a ESS/IPS estabelecido no ano lectivo anterior. Durante os dias de visita, as professoras Aldina Lucena e Teresa Mimoso contactaram com diversos contextos profissionais, diferentes realidades culturais e sociais num país que procura acompanhar a evolução em termos profissionais, e que mostra grande receptividade à partilha de experiências e perspectivas actuais no que respeita à prestação de cuidados de saúde. As baixas temperaturas não foram por isso impeditivas da forma calorosa e profissional com que todos os responsáveis da mobilidade receberam as duas docentes. O *feed-back* dos estudantes portugueses foi também positivo, o que veio reforçar a vontade de manter a mobilidade nos próximos anos.

Neste momento, são quatro, os estudantes que realizam educação clínica ao abrigo deste acordo (dois em Portugal e dois na Lituânia).

### A correr pela Fisioterapia na 19ª Meia-Maratona de Lisboa!

Uma vez mais os estudantes de fisioterapia da ESS quiseram marcar presença numa das provas de atletismo mais emblemáticas da cidade de Lisboa.

A “corrida aos pastéis”, assim denominada entre os estudantes, teve o seu início junto às portagens da ponte 25 de Abril com a habitual concentração de todos os participantes para as provas definidas. Cerca das 10 horas e 30 minutos deu-se então início à meia-maratona, cuja meta estava instalada junto ao Mosteiro dos Jerónimos em Belém.

Com bom tempo, boa-disposição e pastéis de Belém à mistura, a passo de corrida ou de marcha, os estudantes mostraram mais uma vez como é possível aliar a prática do exercício físico ao seu desenvolvimento e percurso académico, e estimular entre os colegas mais novos a promoção de hábitos de vida saudáveis.

Ficamos à espera do próximo ano!

