

Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
Instituto Politécnico do Porto

Liane Raquel Pinho dos Santos

Modelo(s) de Saúde de base à Prática Clínica dos Fisioterapeutas

Orientador: Paula Clara Santos

Co-orientador: Eduardo Brazete Cruz

Mestrado em Fisioterapia

Opção Terapia Manual Ortopédica

Setembro de 2015

Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
Instituto Politécnico do Porto

Liane Raquel Pinho dos Santos

Modelo(s) de Saúde de base à Prática Clínica
dos Fisioterapeutas

Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia – Opção Terapia Manual Ortopédica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Paula Clara Santos, professora adjunta e Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz, Professor Coordenador.

Setembro de 2015

Modelo(s) de Saúde de base à Prática Clínica dos Fisioterapeutas

Liane Santos¹, Paula Clara Santos¹, Eduardo Brazete Cruz²

¹ESTSP – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

²IPS-ESS – Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Resumo

Introdução: A evolução dos modelos de saúde ocorreu juntamente com as mudanças da definição do conceito de saúde e reabilitação, mas ainda é desconhecido o modelo predominante de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual.

Objetivo(s): Criação de um questionário para avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas e após a aplicação, verificar o conhecimento dos modelos de saúde, o grau de concordância entre o modelo de saúde em que os fisioterapeutas baseiam a prática clínica e as atitudes e crenças dos fisioterapeutas face à orientação biomédica e biopsicossocial (PABS-PT) e verificar se o perfil e as suas atitudes e comportamentos dos fisioterapeutas têm relação com o modelo de saúde.

Métodos: Estudo quantitativo analítico transversal com 203 indivíduos. Para a construção do questionário foi medida a validade de conteúdo e realizado um estudo preliminar da fiabilidade. O questionário esteve disponível durante 40 dias. Para análise dos dados utilizou-se o Teste do Qui-Quadrado, o Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman e análise descritiva.

Resultados: Os fisioterapeutas consideram que a prática clínica é baseada no modelo holístico. Este modelo e o modelo biopsicossocial são os modelos mais conhecidos, contrariamente ao modelo ecológico. Sobre a intervenção, na avaliação dirigem maior atenção para a sintomatologia física, história clínica e causa da patologia, referem que trabalham e dão mais importância ao componente biológico e físico. Após verificação da definição do modelo de saúde, o modelo holístico destacou-se. Ao analisar as atitudes e crenças, quem refere o modelo biomédico como base, tem maior consciência do próprio modelo. A escolha do modelo é independente do perfil dos fisioterapeutas.

Conclusão: Os fisioterapeutas consideram que a sua prática clínica é baseada no modelo holístico, no entanto, mantêm a intervenção e avaliação focada no modelo biomédico.

Palavras-chave: fisioterapia, terapia manual ortopédica, modelos de prática clínica

Abstract

Introduction: The evolution of health models occurred along with the changes of the definition of health and rehabilitation but it is still unknown the predominant model of health that fits the clinical practice of physiotherapists who work in manual therapy.

Aim(s): Creation of a questionnaire to assess the health model that fits the clinical practice of physiotherapists and after application, verify the knowledge of healthcare models, the degree of agreement between the health model in which physiotherapists based clinical practice and the attitudes and beliefs of physiotherapists in the

face of biomedical and biopsychosocial orientation (PABS-PT) and verify the profile and attitudes and behaviors of physiotherapists are related to the health care model.

Methods: Cross-sectional analytical quantitative study with 203 individuals. For the construction of the questionnaire was measured content validity and an accomplished pilot study of reliability. The questionnaire was available for 40 days. Data analysis used the chi-square test, the ordinal correlation coefficient of Spearman and descriptive analysis.

Results: Physiotherapists consider that clinical practice is based on the holistic model. This model and the biopsychosocial model is the best-known models, apposite to ecological model. On the intervention, evaluation directed greater attention to physical symptoms, medical history and causes of the condition, report that work and give more importance to the biological and physical component. After reading the definition of health model, the holistic model stood out. By analyzing the attitudes and beliefs, who referred to the biomedical model as a basis, has increased awareness of the model itself. The choice of model is independent of the profile of physical therapists.

Conclusion: Physiotherapists consider their clinical practice is based on the holistic model, however, maintain intervention and evaluation focused on the biomedical model.

Keywords: physiotherapy, orthopedic manual therapy, clinical practice models

1 Introdução

A Fisioterapia é uma profissão estabelecida e regulamentada, com características profissionais específicas na educação e na prática clínica. O amplo conhecimento do corpo e do seu movimento caracterizam as competências dos fisioterapeutas, fundamentais para determinar o diagnóstico e estratégias de intervenção terapêuticas nas diferentes áreas com procedimentos, técnicas, metodologias e abordagens específicas. O modelo da prática clínica varia conforme o contexto em que se enquadra e conforme o objectivo da intervenção, seja ele de promoção da saúde, prevenção da patologia ou (re)abilitação nas diversas áreas (WCPT, 2015), como Terapia Manual Ortopédica, Neurologia, Cardiorrespiratória, Comunidade, Desporto, Geriatria, Saúde da Mulher, Pediatria, Amputados (APF, 2015).

A Terapia Manual Ortopédica ou apenas Terapia Manual foi a base para o desenvolvimento da fisioterapia, como profissão. As mãos tornaram-se um instrumento de conhecimento e uma ferramenta terapêutica, desempenhando um papel fundamental na avaliação, diagnóstico e intervenção das patologias (Espíndola & Borenstein, 2011). A Terapia Manual é uma área especializada da fisioterapia nas condições neuro-músculo-esqueléticas, com base no raciocínio clínico, utilizando abordagens de tratamento altamente específicas, incluindo técnicas manuais e exercícios terapêuticos (IFOMPT, 2014a). É representada a nível mundial pela Federação Internacional da Terapia Manipulativa Ortopédica (IFOMPT) sendo reconhecido como subgrupo da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT) (IFOMPT, 2010b).

O conceito de reabilitação “*É um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social*”. “*Está associado a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psicológico e social a que todos os indivíduos têm direito*” (Portal Da Saúde – Ministério Da Saúde, 2005), enquadra-se com o conceito de saúde, definido como “*capacidade para se adaptar e se auto-gerir*”, onde devem ser identificados três domínios: físico, mental e social (Blumer, 1969; Lancet, 2009).

Os vários modelos de saúde servem de base para a prática clínica, tendo formas de atuações e implicações diferentes (Reis, 2005). Historicamente, a intervenção em fisioterapia / terapia manual têm sido orientados pelo modelo biomédico (Sampaio, 2005; Nijs, et al., 2013). Este concentra-se em obter conclusões objetivas específicas que são interpretadas como causa da doença que deve ser eliminada pelo fisioterapeuta (Lundström, 2008; Grimmer-Somers, et al., 2012). O modelo biomédico possui limitações por não considerar o indivíduo como um todo (Pereira, 1995).

Após o início do século XX e com o desenvolvimento da medicina foi possível verificar a impossibilidade do modelo biomédico oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitas patologias, nomeadamente doenças crónicas não transmissíveis ou, sobretudo, para os componentes subjetivos que as acompanham (Barros, 2002; Deacon, 2013; Borrett, 2013; van Wilgen, et al., 2014; Toye & Barker, 2010; Nijs, et al., 2013; Nielsen, et al., 2014; Campos, 2014).

Com isto, foi necessário conceitualizar um novo modelo que aceita a interdependência de fatores físicos, cognitivos, afetivos, comportamentais e psicossociais na saúde e na patologia do utente (Sanders, et al., 2013; Nielsen, et al., 2014; Foster & Delitto, 2011; Cederbom, et al., 2014), o modelo biopsicossocial (Alonso, 2004; Nijs, et al., 2013). Este modelo reconhece o utente como um todo (Schwinges-Lymeropoulos, 2010; Sanders, et al., 2013), no seu contexto social, cultural e ambiental e aceita que este influencie a resposta do indivíduo à patologia. Ou seja, as intervenções realizadas são centradas no utente e qualquer discussão sobre as decisões terapêuticas começa com a sua perspetiva (Sanders, et al., 2013; Grimmer-Somers, et al., 2012; Sveinsdottir, et al., 2012).

Os fisioterapeutas reconhecem a multidimensionalidade das patologias e tentam a integrar os componentes físicos e psicossociais, mas sentem-se mais competentes e confiantes na resolução da sintomatologia física (Sanders, et al., 2013; Nijs, et al., 2013), já que a maioria teve formação académica com base no modelo biomédico e com maior número de conteúdos centrados nas questões neuro-músculo-esqueléticas (Nijs, et al., 2013; Andrade, 2010).

A aplicação do modelo biopsicossocial tem levado a um crescente interesse em intervenções que combinam exercícios e tratamentos psicológicos, mais comumente os baseados no modelo cognitivo-comportamental, em que objetivo da intervenção é ajudar os indivíduos a aprenderem a pensar, para mudarem a própria percepção e adaptarem o comportamento (Hatchard, et al., 2014; Khan, et al., 2014; Nielsen, et al., 2014). Segundo este modelo, o modo que um indivíduo pensa sobre algo produz emoções, incluindo sensações físicas associadas, que influenciam o comportamento (Hansen, et al., 2010). Como único modelo é insuficiente, embora seja bastante útil como complemento a outros modelos (Wellington, 2014; Sveinsdottir, et al., 2012).

O modelo holístico é também uma variante do modelo biopsicossocial, no qual a reabilitação é considerada um processo de resolução de problemas, que se concentra sobre as atividades do indivíduo, com o objetivo de otimizar a participação social (Wade, 2011), assim como a promoção e prevenção da saúde (Berg & Sarvimäki, 2003). O modelo holístico assenta numa visão do homem como um todo (Berg & Sarvimäki, 2003; Polsgrove, 2012; Separavich & Canesqui, 2010), sendo definido como a inter-relação entre corpo, mente e espírito do indivíduo, bem como a interligação do indivíduo com o seu meio social, cultural e ambiental (Fortune & Hymel, 2015). Na intervenção baseada neste modelo, o utente é visto como autónomo e capaz de desenvolver a auto-capacitação, a fim de lidar com a patologia (Berg & Sarvimäki, 2003), estando em linha com a definição de saúde (Supranowicz & Paz, 2014).

Com a evolução dos vários modelos de saúde, mais recentemente, foi surgindo interesse no modelo ecológico, dado que a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que os vários níveis de saúde são úteis em conceitualizar causas, efeitos e as intervenções para os diferentes problemas de saúde da comunidade (Somasundaram, 2007). Há um interesse crescente nos modelos ecológicos, já que estes distinguem-se pela inclusão de fatores ambientais, socioculturais e políticos, os quais se espera que influenciem o comportamento do indivíduo. Em vez de aceitarem que o comportamento é influenciado apenas por fatores psicossociais, o modelo ecológico recebe influências de diferentes fatores nos vários níveis de saúde. Níveis estes que incluem fatores intrapessoais, interpessoais/culturais, organizacionais/institucionais, ambientais e políticos (Sallis, et al., 2006; Resnick, et al., 2007; Baral, et al., 2013; Stubbs, et al., 2014; Lohrmann, 2010; Haas, et al., 2014; Taylor & Servage, 2012; Mehtälä, et al., 2014; Hoover, et al., 2012).

Os vários modelos de saúde têm várias áreas comuns, que se sobrepõem, devendo a prática clínica do fisioterapeuta ser orientada pelo utente e a sua condição, havendo adaptações conforme as mesmas.

Na actualidade, e considerando o exposto anteriormente e tendo conhecimento das mudanças da definição do conceito de saúde e de reabilitação, e consequente evolução dos modelos de saúde que servem de base à prática clínica (Sampaio, et al., 2005; Sanders, et al., 2013), torna-se pertinente perceber em que modelo de saúde predominante se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual. No entanto, devido à inexistência de instrumentos de avaliação que permitissem verificar qual o modelo de saúde em que os fisioterapeutas que trabalham em terapia manual enquadram a sua prática clínica, propôs-se primariamente à criação de um questionário que facilitasse a recolha dessa informação.

Dessa forma, os objetivos de estudo são **1º** - criação de um questionário de forma a identificar o modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual; **2º** - verificar qual o modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual; **3º** - verificar o perfil, os conhecimentos e forma de atuação dos fisioterapeutas em relação ao modelo de saúde que baseiam a prática clínica.

2 Métodos

2.1 Desenho do estudo

O presente estudo é um estudo quantitativo do tipo analítico transversal.

2.2 Amostra

O grupo estudado é constituído por 203 participantes. Estes tiveram conhecimento do questionário após divulgação do mesmo pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, tendo sido divulgado por 3266 sócios (6,2% de resposta). Levando a que os dados seguintes não sejam representativos da população.

Foram incluídos no estudo fisioterapeutas com mínimo grau académico de bacharelato e que trabalham em terapia manual. Foram excluídos fisioterapeutas estrangeiros.

O questionário esteve disponível para preenchimento de 23 de Março a 1 de Maio de 2015 (anexo 1).

2.3 Instrumentos

Utilizou-se um questionário de avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual constituído por duas partes, a primeira resultante do questionário construído e validado para este estudo que tem como objectivo avaliar o modelo de saúde onde se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que exercem terapia manual e a segunda parte, pela escala *Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale* (PABS-PT).

A primeira parte do questionário de avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas é constituída por um texto introdutório e um total de 23 questões, nas quais 5 questões para caracterização da amostra, 3 questões sobre o conhecimento dos modelos de saúde e 15 questões sobre as atitudes e comportamentos dos fisioterapeutas na intervenção.

A segunda parte do questionário de avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas contém a escala PABS-PT. Esta escala foi desenvolvida para avaliar atitudes e crenças dos fisioterapeutas, discriminando entre uma orientação biomédica e biopsicossocial (Nijs, et al., 2013). O valor de fiabilidade dado pelo ICC(2,1) de 0,806 para o fator biomédico e de 0,653 para o fator biopsicossocial ($p = 0,001$) (Bowey-Morris, et al., 2010).

A escala utilizada neste estudo é constituída por 36 itens, tendo sido separada em dois fatores, em que o fator 1 (biomédico) é composto por 10 itens (10, 14, 20, 22, 23, 24, 25, 30, 31 e 35) e o fator 2 (biopsicossocial) por 9 itens (6, 7, 11, 12, 17, 27, 29, 33 e 34) (Houben, et al., 2005)

A pontuação de cada afirmação é feita de acordo com uma escala de *Likert* de seis pontos, que varia desde “discordo totalmente” (1 ponto) a “concordo totalmente” (6 pontos) (Nijs, et al., 2013 e Houben 2005). No fim, o cálculo da pontuação é feito pela soma das respostas correspondentes a cada sub-escala (biomédica e biopsicossocial). Valor mínimo da orientação biomédica 10 e máximo 60 e valor mínimo da orientação biopsicossocial 9 e máximo 54. Pontuações mais elevadas numa subescala indicam uma forte orientação de intervenção nesse sentido (Bishop, et al., 2007; Bowey-Morris, et al., 2010; Houben, et al., 2005; Laekeman, et al., 2008; Ostelo, et al., 2003).

2.4 Procedimentos

2.4.1 – Construção do questionário para avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

A construção do questionário resultou de uma vasta pesquisa bibliográfica, quer sobre o tema em estudo, quer sobre a metodologia a utilizar. O questionário elaborado foi orientado para obter informação necessária à resposta da questão de investigação, sendo posteriormente sujeito a um estudo piloto, com propósito de testar o mesmo e os procedimentos utilizados, assim como capacitar o investigador para o manuseamento e posterior tratamento dos dados.

A construção do questionário foi um processo interativo, sendo que algumas interações envolveram a análise de um painel de quatro peritos também fisioterapeutas, com experiência clínica e com conhecimento no tema (Alexandre & Coluci, 2011), que realizavam comentários, sendo estes utilizados para fazer alterações às pesquisas originais e criar uma versão final. Estes dois passos dão a validade de conteúdo ao questionário (Alexandre & Coluci, 2011).

Para estudar a fiabilidade intra-observador, Portney & Watkins (1993) recomendam o ICC(2,1), sendo ICC o coeficiente de correlação intraclassa (Bartko, 1966). Com o intuito de medir a fiabilidade do questionário, este foi aplicado em dois momentos distintos, com um intervalo de uma semana. O teste-reteste foi aplicado a 10 fisioterapeutas que respeitavam os critérios de inclusão e exclusão (sendo estes excluídos da amostra final). No entanto, Crocker & Algina (1986) e Pasquali (1999) referem que são necessários 10 sujeitos para cada item/dimensão avaliada para considerar-se uma amostra suficiente nos estudos de avaliação do instrumento, ou seja, neste questionário seriam necessários 180 indivíduos (18 itens/dimensões no questionário) para o cálculo da fiabilidade intra-observador, contudo por questões temporárias, realizou-se o estudo preliminar da fiabilidade do questionário com uma amostra reduzida.

Com o cálculo do ICC(2,1) o valor de 1 indica fiabilidade perfeita. Para valores entre 0,8 e 0,9 a fiabilidade é considerada boa, entre 0,7 e 0,8 a fiabilidade é considerada razoável e para valores inferiores a 0,7 a fiabilidade é considerada fraca (Peterson, 1994).

2.4.2 – Aplicação do questionário para avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

Através de correio eletrónico contactou-se a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, tendo esta feito a divulgação dos questionários através de correio eletrónico para os seus associados. O questionário esteve disponível para preenchimento *online* através da plataforma docs.google..

2.5 Ética

O presente estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Porto – IPP, tendo número de registo 1594/2015 (anexo 2). Através do texto introdutório do questionário, os participantes foram previamente esclarecidos sobre o objetivo e procedimento do estudo e foi dado o conhecimento da possibilidade de esclarecimento de dúvidas através dos contactos cedidos no mesmo. Foi assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos ao nomear os indivíduos que responderam ao questionário pela data e hora do preenchimento dos mesmos.

2.6 Estatística

2.6.1 – Cálculo da fiabilidade do questionário para avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

Para a validação do questionário calculou-se o ICC(2,1) para o estudo preliminar da fiabilidade intra-observador.

2.6.2 - Aplicação do questionário para avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

A análise dos dados foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22, com o nível de significância de 0,05 e grau de confiança de 95% e auxiliado pelo Microsoft Excel 2010.

Para a análise do questionário, a estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra, para verificar o tempo disponibilizado para a educação para a saúde com objetivo da mudança de pensamento/ comportamento, a relação entre a escolha do modelo de saúde e o resultado da escala PABS-PT, para verificar a relação entre a escolha do modelo de saúde com conhecimento de outros modelos de saúde, a relação entre a escolha do modelo de saúde e a importância dirigida a resolução da sintomatologia física / efeitos da empatia entre utente e o fisioterapeuta / importância dirigida ao ambiente / as alterações do comportamento assim como componentes que os fisioterapeutas mais trabalham/ dirigem maior importância.

Para verificar se existia associação entre a escolha do modelo de saúde e as características dos indivíduos (sexo, idade, anos de trabalho e graus académicos) utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Para verificar a correlação entre a escolha do modelo de saúde que baseiam a prática clínica e a denominação utilizada para referirem-se à pessoa a quem fazem a intervenção utilizou-se o Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman (CCOS). Sendo este teste também utilizado para verificar a concordância da escolha do modelo de saúde com percepção da definição do modelo.

Na análise dos dados, as características dos fisioterapeutas (*anos de trabalho e idade*) foram agrupadas em classes (tabela 8) assim como na tabela 6 as variáveis relativas ao *grau de importância dirigido pelos fisioterapeutas aos componentes da prática clínica* referem-se ao somatório dos graus de importância atribuídos (valores entre 5 e 6).

3 Resultados

3.1 – Construção do questionário para avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

Na tabela 1 encontram-se os resultados do estudo preliminar da fiabilidade referente ao questionário que avalia o modelo de saúde onde se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual, podendo-se constatar que os valores de ICC variam entre 0,4 e 1, ou seja, entre fiabilidade fraca a perfeita. Apenas quatro itens apresentam valores de 0,4. Verificou-se que 42,7% dos itens tem uma fiabilidade perfeita, 29,4% tem uma fiabilidade boa, 2,7% tem uma fiabilidade razoável, 25,3% tem uma fiabilidade fraca, ou seja, 72,1% dos itens tem fiabilidade superior a boa.

Tabela 1 – Fiabilidade do questionário que avalia o modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

Nº Questão	ICC	Nº Questão	ICC	Nº Questão	ICC	Nº Questão	ICC	Nº Questão	ICC	Nº Questão	ICC
6.1	1	9.3	1	11.5	0,4	14.2.2	0,8	17.1.1	1	20.4	0,8
6.2	1	9.4	0,8	11.6	0,8	14.2.3	1	17.1.2	0,6	20.5	0,6
6.3	1	9.5	1	11.7	0,6	14.2.4	1	17.1.3	0,6	20.6	0,8
6.4	1	10.1	1	11.8	0,8	14.2.5	1	17.1.4	1	20.7	1
7	1	10.2	0,8	11.9	1	14.2.6	1	17.1.5	1	20.8	1
8.1	1	10.3	0,6	12	0,8	15	0,6	17.2.1	1	21.1	0,4
8.2	0,8	10.4	0,8	13	0,8	16.1.1	0,6	17.2.2	1	21.2	0,6
8.3	0,8	10.5	0,8	14.1.1	0,8	16.1.2	0,4	18	0,6	21.3	0,4
8.4	0,8	10.6	0,6	14.1.2	1	16.1.3	0,6	19	0,8	21.4	0,6
8.5	1	11.1	1	14.1.3	0,6	16.1.4	1	20.1	0,7	21.5	0,6
9.1	0,8	11.2	1	14.1.4	0,8	16.1.5	1	20.2	0,9	21.6	0,6
9.2	0,8	11.3	1	14.2.1	0,8	16.2.1	1	20.3	0,7	22	0,9
		11.4	1			16.2.2	1			23	1

3.2 – Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 203 fisioterapeutas, 122 (60,1%) do sexo feminino e 81 (39,9%) do sexo masculino com uma média de idade é de 29,64 anos±8,014, com a maioria das respostas no distrito do Porto e Lisboa (51,8%). Verificou-se ainda, em média, os fisioterapeutas têm cerca de 7 anos de experiência profissional.

3.3 – Modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

O modelo holístico e o modelo biopsicossocial são os modelos em que a maioria dos fisioterapeutas enquadra a sua prática clínica, 42,4% e 41,9% respectivamente. O modelo menos referido foi o modelo ecológico (1,5%) (gráfico 1).

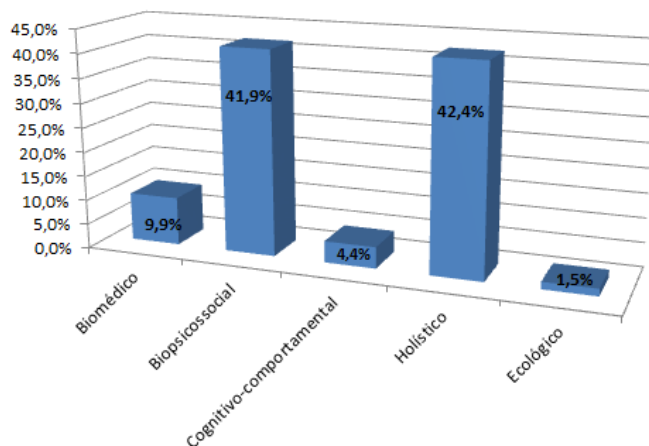


Gráfico 1 – Modelos de saúde em que os fisioterapeutas que trabalham em terapia manual enquadram a sua prática clínica

3.4 – Conhecimento dos modelos de saúde demonstrados pelos fisioterapeutas

O modelo holístico e o modelo biopsicossocial são os modelos mais conhecidos pelos fisioterapeutas, 76,4% e 73,9% respectivamente. O modelo ecológico é o modelo de saúde menos conhecido (gráfico 2).

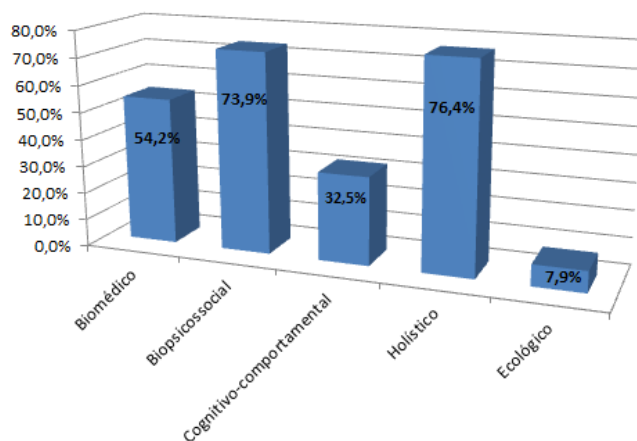


Gráfico 2 – Conhecimentos dos modelos de saúde demonstrados pelos fisioterapeutas

Nota – Estes dados foram retirados da questão 8 do questionário, onde era possível selecionar mais que um modelo de saúde

Para vermos o grau de concordância relativamente ao conhecimento dos fisioterapeutas sobre outros modelos de saúde e o modelo de saúde que serve de base à sua prática clínica, verifica-se que quem trabalha tendo por base o modelo ecológico tem conhecimentos sobre a totalidade dos outros modelos de saúde e por outro lado, os que apresentam conhecimentos mais limitados sobre os diferentes modelos de saúde são os que exercem a sua prática baseada no modelo biomédico. Contudo, na generalidade, apesar do modelo de saúde que serve de base à prática clínica dos fisioterapeutas, uma elevada percentagem de profissionais tem conhecimento de outros modelos de saúde.

Tabela 2 – Conhecimento de outros modelos de saúde em relação ao próprio modelo de saúde que serve de base à prática clínica

Conhecimento dos modelos de saúde demonstrado pelos fisioterapeutas	Modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual				
	Biomédico (n=20)	Biopsicossocial (n=83)	Cognitivo-Comportamental (n=9)	Holístico (n=89)	Ecológico (n=3)
Biomédico	5%	60%	44,4%	38,4%	100%
Biopsicossocial	50%	95,3%	88,9%	55,8%	100%
Cognitivo-comportamental	20%	31,8%	88,9%	27,9%	100%
Holístico	65%	52,9%	88,9%	100%	100%
Ecológico	5%	7,1%	22,2%	4,7%	100%

3.5 – Análise das atitudes e comportamento dos fisioterapeutas relativamente ao modelo de saúde que enquadram a prática clínica

3.5.1 – Denominação utilizada pelos fisioterapeutas para referirem a pessoa a quem fazem a intervenção em relação ao modelo de saúde que baseiam a sua prática clínica

Observando a tabela 3, verifica-se que existem diferenças significativas no termo utilizado pelos relativamente ao modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas, sendo que os que referiram o modelo biomédico e holístico predomina o termo paciente e nos que referiram como base, o modelo biopsicossocial e cognitivo-comportamental, o termo utente. O maior número de fisioterapeutas refere utilizar a denominação de utente contrariamente ao termo doente, que referem ser o menos utilizado.

Tabela 3 – Denominação utilizada pelos fisioterapeutas em relação ao modelo de saúde

Denominação utilizada pelos fisioterapeutas	Modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual					
	Biomédico (n=20)	Biopsicossocial (n=83)	Cognitivo-Comportamental (n=9)	Holístico (n=89)	Ecológico (n=3)	CCOS
Doente	15%	3,5%	0%	4,7%	0%	0,021
Paciente	35%	30,6%	33,3%	40,7%	33,3%	
Utente	30%	56,5%	66,7%	33,7%	33,3%	
Cliente	20%	9,4%	0%	20,9%	33,3%	

3.5.2 – Componentes avaliados pelos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual em relação ao modelo de saúde que baseiam a sua prática clínica

Os componentes de avaliação mais frequentemente referidos pelos fisioterapeutas nos vários modelos de saúde são a sintomatologia física, história clínica e causa da patologia, no entanto, os fisioterapeutas que selecionaram o modelo cognitivo-comportamental e ecológico, dão também elevada relevância ao componente psicológico e comportamental (tabela 4).

Tabela 4 – Componentes avaliados pelos fisioterapeutas em relação ao modelo de saúde de base à prática clínica

Componentes avaliados	Modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual				
	Biomédico (n=20)	Biopsicossocial (n=83)	Cognitivo-Comportamental (n=9)	Holístico (n=89)	Ecológico (n=3)
Sintomatologia física	100%	97,6%	100%	97,7%	100%
História clínica	90%	94,1%	100%	96,5%	100%
Causa da patologia	85%	78,8%	88,9%	87,2%	100%
Situação emocional	40%	58,8%	88,9%	58,1%	100%
Situação familiar	25%	35,3%	66,7%	33,7%	66,7%
Ambiente que o rodeia	45%	52,9%	66,7%	54,7%	66,7%
Situação social	20%	45,9%	55,6%	47,7%	66,7%
Estado psicológico	40%	65,9%	100%	73,3%	100%
Comportamento	55%	71,8%	88,9%	79,1%	100%

Na tabela 5, verifica-se que no geral, os fisioterapeutas dirigem elevada importância à resolução da sintomatologia física, com maior relevância observada nos fisioterapeutas que referem como modelo de saúde de base à prática clínica, o modelo biomédico e biopsicossocial.

Um grande número de fisioterapeutas, independentemente da escolha do modelo, refere que a empatia tem algum ou muito efeito durante a intervenção. Ainda que pouco relevante, os fisioterapeutas que referem o modelo biomédico como base à prática clínica são os que referem menor efeito da empatia na intervenção.

Dos fisioterapeutas que selecionaram o modelo ecológico, 33,3% referiram ser extremamente importante o ambiente. No entanto, apenas 3 fisioterapeutas da amostra selecionaram a opção modelo ecológico.

Mais de 85% dos fisioterapeutas, independentemente da escolha do modelo, referiram dirigir alguma ou muita atenção às alterações de comportamento.

Tabela 5 – Análise das atitudes e comportamento dos fisioterapeutas em relação ao modelo de saúde

	Modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual				
	Biomédico (n=20)	Biopsicossocial (n=83)	Cognitivo- Comportamental (n=9)	Holístico (n=89)	Ecológico (n=3)
Muita ou extrema importância dirigida a resolução da sintomatologia	90%	94,2%	55,5%	87,2%	66,6%
Algum ou muito efeito da empatia entre utente e fisioterapeuta na intervenção	85%	95,3%	100%	96,5%	100%
Muita ou extrema importância dirigida ao ambiente que rodeia o utente	30%	48,3%	55,5%	50%	33,3%
Alguma ou muita atenção dirigida as alterações de comportamento do utente	85%	84,7%	100%	88,3%	100%

Relativamente ao tempo disponibilizado pelo fisioterapeuta para a educação para a saúde verificou-se que 11,8% dos fisioterapeutas não dispensam tempo assim como 48,3% refere dispensar nem muito nem pouco tempo para a educação para a saúde com objetivo de mudança de comportamento/pensamento.

3.5.2 – Relação entre componentes que os fisioterapeutas dão mais importância e mais trabalham e o modelo de saúde que baseiam a sua prática clínica

Os fisioterapeutas dirigem maior importância e trabalham mais com o componente biológico e físico, com exceção do modelo cognitivo-comportamental e ecológico, elevando a importância / intervenção no componente psicológico e comportamental (tabela 6). Os resultados demonstram uma concordância entre o componente que mais trabalham e dão mais importância.

Tabela 6 – Grau de importância e forma de trabalhar atribuída aos componentes de intervenção relativamente modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas

Componentes a que os fisioterapeutas que dirigem maior importância e que mais trabalham	Modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual									
	Biomédico (n=20)		Biopsicossocial (n=83)		Cognitivo- Comportamental (n=9)		Holístico (n=89)		Ecológico (n=3)	
	I	T	I	T	I	T	I	T	I	T
Componente biológico	80%	75%	72,9%	83,5%	66,6%	77,8%	81,4%	87,2%	66,7%	33,3%
Componente físico	95%	90%	84,7%	83,5%	44,4%	88,9%	73,3%	82,6%	100%	100%
Componente social	10%	15%	31,8%	28,2%	0%	44,4%	24,4%	29,1%	0%	0%
Componente ambiental	10%	5%	28,2%	23,5%	11,1%	33,3%	20,9%	18,6%	0%	0%
Componente psicológico	10%	25%	56,5%	55,3%	77,8%	66,7%	51,2%	62,8%	0%	66,7%
Componente comportamental	25%	40%	51,8%	62,4%	66,6%	55,6%	57%	52,3%	0%	33,3%

3.6 – Concordância do modelo de saúde que os fisioterapeutas enquadram a prática clínica com percepção da definição do modelo de saúde

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o modelo percebido e o verdadeiro conceito do modelo de saúde em que os fisioterapeutas enquadram a sua prática clínica. Na leitura da tabela 7 verifica-se que a maioria dos fisioterapeutas tem percepção que baseia a sua prática clínica no modelo holístico e biopsicossocial. Apenas 1,5% se baseia no modelo ecológico. Quando tem acesso à definição dos modelos, a maioria mantém a resposta existindo pequenas alterações, nas quais o grau de concordância diminui para os fisioterapeutas que haviam seleccionado o modelo biomédico e biopsicossocial, ajustando dessa forma a selecção no modelo holístico, contudo estas diferenças não são significativas.

Tabela 7 – Concordância entre o modelo de saúde percebido e o modelo real em que os fisioterapeutas baseiam a sua prática clínica

	Escolha modelo sem consulta da definição - n(%)	Escolha do modelo com consulta da definição - n (%)	Diferença entre respostas	<i>p</i>
Biomédico	20 (9,9%)	13 (6,4%)	-3,5%	0,802
Biopsicossocial	85 (41,9%)	78 (38,4%)	-3,5%	
Cognitivo-Comportamental	9 (4,4 %)	9 (4,4 %)	0%	
Holístico	86 (42,4%)	100 (49,3%)	+6,9%	
Ecológico	3 (1,5%)	3 (1,5%)	0%	

3.7 – Análise das atitudes e crenças dos fisioterapeutas em relação ao modelo de saúde que baseiam a prática clínica

Ao analisar as atitudes e crenças dos fisioterapeutas através do preenchimento da escala PABS-PT, 9,85% demonstrou uma orientação biomédica e 41,87% revelou uma orientação biopsicossocial.

Comparando a escolha do modelo de saúde no questionário e a análise das atitudes e crenças dos fisioterapeutas verificou-se que, dos 85 fisioterapeutas que escolheram modelo biopsicossocial, apenas 33 fisioterapeutas (38,8%) na escala PABS-PT obtiveram a mesma orientação. Por outro lado, dos 20 fisioterapeutas que escolheram o modelo biomédico, na comparação com a escala PABS-PT, 16 fisioterapeutas (80%) mantiveram a mesma opção.

3.8 – Relação do modelo de saúde e o perfil dos fisioterapeutas

O perfil dos fisioterapeutas, como idade, sexo, anos de trabalho e grau académico superiores são independentes da escolha do modelo de saúde (tabela 8).

Tabela 8 – Perfil dos fisioterapeutas em relação ao modelo de saúde

		Modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas					<i>p</i>
		Biomédico (n=20)	Biopsicossocial (n=83)	Cognitivo- Comportamental (n=9)	Holístico (n=89)	Ecológico (n=3)	
Idade	[20-40 anos]	9,8%	42,9%	4,9%	41,3%	1,1%	0,403
	Maior de 40 anos	10,5%	31,6%	0%	52,6%	5,3%	
Anos de trabalho	Menos de 15 anos	10,4%	42,1%	4,4%	42,1%	1%	0,651
	16 ou mais anos	5%	40%	5%	45%	5%	
Sexo	Feminino	8,2%	45,9%	4,9%	39,4%	1,6%	0,573
	Masculino	12,3%	35,9%	3,7%	46,9%	1,2%	
Grau académico	Bacharelato/ Licenciatura (n=162)	9,9%	41,9%	4,7%	42,3%	1,2%	0,853
	Mestrado (n=10)	0%	44,4%	0%	55,6%	0%	
	Pós-graduação (n=31)	9,7%	41,9%	3,3%	41,9%	3,2%	

4 Discussão

Neste estudo com a aplicação do questionário de avaliação do modelo de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual, verificou-se que um maior número de resposta recaiu sobre o modelo holístico. No entanto, relativamente aos fisioterapeutas perante os resultados apresentados, foi possível verificar que a intervenção realizada não é tão global como referido, centrando-se nos componentes biológicos e físicos, com pontuais exceções nos fisioterapeutas que escolheram o modelo ecológico e cognitivo-comportamental que também dirigem maior atenção ao componente psicológico e comportamental. Embora os fisioterapeutas mudem o seu pensamento e apliquem uma visão holística, a maioria dos fisioterapeutas teve uma formação com base no modelo biomédico (Nijs, et al., 2013). A diversidade da fisioterapia permite abordar as patologias com diferentes perspetivas e de forma coesa, já que o principal objetivo é intervir na pessoa como um todo e não apenas a sintomatologia física (CliftonSmith & Rowley, 2011).

Em relação ao conhecimento dos modelos, o modelo holístico e biopsicossocial são os modelos mais conhecidos, contrariamente ao modelo ecológico. Os fisioterapeutas que selecionaram o modelo biomédico, a maioria conhece o modelo biopsicossocial e holístico, estando desse modo cientes da própria forma de atuação, apesar de reconhecerem outros modelos de saúde mais abrangentes, priorizam as questões físicas (Sanders, et al., 2013). Além disso, confirmou-se através destes resultados, que os 3 fisioterapeutas que baseiam a sua prática clínica no modelo ecológico conhecem todos os modelos, indo de encontro a Haas, et al., (2014) que refere que é o modelo mais recente e que engloba todos os modelos anteriores.

Em relação às atitudes e comportamentos durante a intervenção, analisou-se vários aspetos. O termo utilizado para designar a pessoa a quem fazem a intervenção não tem relação com o modelo de saúde que baseiam a sua prática clínica, contrariando Saito, et al., (2013), no qual os fisioterapeutas que atuam com base no modelo biomédico, tinham maior tendência a chamar paciente/doente à pessoa que fazem a intervenção, já que ambas são reflexo de uma intervenção baseada na patologia, não tendo em conta outros componentes, no qual o indivíduo é considerado parte passiva, sem opinião na intervenção. É a denominação convencional e a mais antiga. Os termos cliente e utente são mais utilizados pelos fisioterapeutas que intervêm com base nos modelos mais abrangentes, no qual o indivíduo tem direito de decisão e opinião sobre a intervenção. Saito, et al., (2013) refere ainda que utente é a nomenclatura mais adequada, já que engloba a denominação paciente e cliente em simultâneo.

Também na avaliação verificou-se que a maior atenção dirige-se para a sintomatologia física, história clínica e causa da patologia. Ou seja, mesmo em universidades que introduzem modelos de saúde mais abrangentes como base de formação, a maioria do tempo e atenção, é canalizado na avaliação biomédica e na resolução da sintomatologia física (Foster & Delitto, 2011). A avaliação é base necessária para priorizar os principais problemas do utente ao recolher a história clínica (Nagarajan & Nair, 2010).

Dos fisioterapeutas que escolheram modelo biomédico, 90% referiu ser muito importante ou extremamente importante a resolução da sintomatologia física. Os restantes modelos, apesar da abordagem mais ampla, também dirigiram elevada percentagem à resolução da sintomatologia física, já que segundo Sanders, et al., (2013), os fisioterapeutas estabelecem os seus próprios limites na prática clínica, permitindo-lhes atuar dentro da zona de confiança, com maior foco nos componentes físicos em favor dos psicossociais.

Dos fisioterapeutas que escolheram o modelo ecológico, 33,3% referem ser extremamente importante o ambiente que rodeia o utente. Os restantes indivíduos que escolheram os outros modelos dirigem pouca ou nenhuma importância ao ambiente. Estes dados são justificados por Lohrmann (2010), dado como o modelo ecológico representa uma estratégia de promoção da saúde, incluindo mudanças na comunidade e, como o foco de intervenção vai além do indivíduo, para estes modelos que referem o ambiente como pouco ou nada importante, o ambiente não é um componente necessário na intervenção com base nestes modelos de saúde. Sobre as alterações de comportamento resultantes da patologia, a maior parte dos fisioterapeutas referiram como muito importante ou extremamente importante as alterações de comportamento. No entanto, 8,6% dos fisioterapeutas (modelo biomédico, biopsicossocial e holístico) referem que as alterações do comportamento como sem ou pouco importante. Estes últimos resultados também confirmam outros resultados obtidos no questionário, nos quais a maioria dos fisioterapeutas disponibiliza pouco tempo para a educação para a saúde com objetivo da mudança de comportamento/pensamento e, segundo Grimmer-Somers, et al., (2012), a educação para a saúde, juntamente com a intervenção, tem melhores resultados a nível físico e psicológico. Para muitos fisioterapeutas, o comportamento do utente tornou-se um importante resultado do tratamento (van Wilgen, et al., 2014). Caso o fisioterapeuta apresente dificuldade em compreender o comportamento do utente, van Wilgen, et al., (2014) aconselha formação específica para tentar alterar a situação.

Sobre os efeitos da empatia entre utente e o fisioterapeuta durante a intervenção, pode-se verificar que um grande número de fisioterapeutas independentemente da escolha do modelo referem ser muito importante ou extremamente importante a empatia. Ainda que pouco relevante, os que referem basear a prática clínica no modelo biomédico demonstraram uma

percentagem inferior aos restantes modelos e foi o único modelo em que escolheram a opção sem ou pouco efeito. Segundo Parker, et al., (2014), na prática clínica com base no modelo biomédico, as pessoas são cada vez mais intervencionadas como objetos. Nas intervenções mais abrangentes, o utente deve ser tratado com empatia e compreensão (Stewart, et al., 2011). Os fisioterapeutas reconhecem o impacto negativo da linguagem ou da própria atitude durante a intervenção e salientam a necessidade de assegurar que os utentes interpretam corretamente a mensagem clínica. Uma boa comunicação e a criação de uma ligação entre utente e fisioterapia é uma mais-valia na intervenção (Sanders, et al., 2013). Tal como referido por Portillo & Cowley (2011), os fisioterapeutas obtêm informação acerca das questões psicossociais, informalmente, ou seja, nas conversas com o utente, já que os profissionais receiam que os utentes sintam que se estão a intrometer na vida privada. Devido a isso, alguns fisioterapeutas referem que trabalhar com questões psicossociais é da responsabilidade de psicólogos e assistentes sociais (Portillo & Cowley, 2011). No entanto, há um crescente interesse em que este tipo de intervenção também seja feita pelo fisioterapeuta, devido ao grande contacto com o utente e por estes aspectos influenciarem e estarem relacionados com causas físicas (Keefe, et al., 2013). No caso de os fisioterapeutas não poderem prestar este apoio, deveria ser examinada a possibilidade de ocorrer no local e horário da fisioterapia (Portillo & Cowley, 2011), e outra alternativa seria, fornecer ao fisioterapeuta uma formação especializada (Nielsen, et al., 2014).

Os fisioterapeutas foram questionados pelos componentes que mais trabalham assim como os que dão mais importância, selecionando os componentes biológicos e físicos (base do modelo biomédico), com exceção dos fisioterapeutas que selecionaram o modelo ecológico e cognitivo-comportamental, que referem trabalhar mais com o componente psicológico e comportamental. Ou seja, nestas questões, os componentes sociais, ambientais, psicológicos e ambientais, apesar de realçados por alguns fisioterapeutas que selecionaram os modelos referidos anteriormente, são os componentes que menos trabalham. Espera-se que a fisioterapia avalie e atue em todos os componentes, no entanto, os fisioterapeutas negligenciam alguns aspetos psicossociais do utente, apesar de saberem das necessidades emocionais e sociais (Portillo & Cowley, 2011). Isto deve-se porque os fisioterapeutas, segundo Barros (2002), apesar de admitirem a influência dos componentes psicossociais, não se sentem à vontade para lidar com os mesmos, por falta de preparação (Barros, 2002; Domenech, et al., 2011) assim como, referem falta de conhecimento/formação e de experiência, negando a responsabilidade (Portillo & Cowley, 2011; Domenech, et al., 2011; Nielsen, et al., 2014; Sanders, et al., 2013). Alguns autores referem que os resultados da intervenção mais abrangente são variáveis, devido às limitações/inexistência de instrumentos

de medição dos componentes psicossociais, onde os resultados não são comparáveis nem tão fidedignos (Holm, et al., 2013; Sanders, et al., 2013).

Ao analisar a concordância entre o modelo de saúde que serve de base à prática clínica e as atitudes e crenças dos fisioterapeutas verificou-se os fisioterapeutas que atuam com base no modelo biomédico têm maior consciência do seu próprio modelo de saúde, contrariamente aos fisioterapeutas que referiram o modelo biopsicossocial, pois menos de metade dos fisioterapeutas, no preenchimento da PABS-PT, obteve a mesma orientação. Estes dados vão de encontro a Nijs, et al., (2013) que refere que os fisioterapeutas apesar de referirem intervir de forma mais ampla, continuam a enaltecer os componentes físicos.

Esta incongruência pode dever-se ao facto dos instrumentos serem diferentes, o que pode produzir resultados diferentes. Neste caso a escala PABS-PT demonstrou uma maior percentagem de indivíduos com orientação biopsicossocial, enquanto na análise aos dados da primeira parte do questionário verificou-se uma intervenção focada no modelo biomédico.

Em relação ao perfil dos fisioterapeutas, como idade, sexo, anos de trabalho e graus académicos superiores, verificou-se que estas características são independentes do modelo de saúde que baseiam a prática clínica. Estes dados contrapõem Domenech, et al., (2011), que refere que o modelo de saúde de base à prática clínica difere entre os fisioterapeutas, dependendo da formação académica e da idade. Apoiado por Foster & Delitto (2011) que referem que fisioterapeutas com mais anos de trabalho intervêm utilizando o modelo biomédico, o modelo mais antigo e o mais lecionado nas faculdades. Autores defendem a mudança dos conteúdos programáticos na universidade, porém não apresentaram como solução outro modelo de saúde em específico (Andrade, 2010). Domenech, et al., (2011) refere que basear a faculdade num modelo mais abrangente leva a mudanças mais duradouras na prática clínica e logo no início da vida profissional. Foster & Delitto (2011) referem que é possível modificar o modelo de intervenção dos fisioterapeutas que já trabalham, no entanto, sustentar mudanças expressivas é mais difícil. Isto deve-se pelo facto do modelo de base à intervenção não ser aprendido de forma intencional e ser secundariamente reforçado ou suprimido, dependendo da formação académica (Domenech, et al., 2011). Tendo uma amostra de fisioterapeutas com poucos anos de experiência profissional espera-se que atuem com base no modelo holístico e/ou ecológico, no entanto, pode levar aos fisioterapeutas atribuírem importância a todos os componentes sem realmente saberem o objetivo da intervenção.

Como limitação ao presente estudo e para próximos estudos destaca-se a falta de informação sobre o local/ contexto da intervenção (hospital, clínica convencional, gabinete privado, entre outros), da escola de formação, se tiveram acesso a todos os modelos de intervenção e qual o que alicerçou a formação académica. Assim como, apesar de a amostra ter sido elevada

(n=203), separando os fisioterapeutas conforme o modelo de saúde em que enquadram a prática clínica, 3 dos 5 modelos foram seleccionados por menos de 30 fisioterapeutas. Em termos de representatividade da população, devido à baixa percentagem de fisioterapeutas que responderam não é possível generalizar estes resultados a nível nacional. Relativamente aos resultados, este estudo pode ter sido condicionado pelo tipo de estudo e sobretudo pelo instrumento utilizado, assim como os resultados podem indicar desajustamento social dado que as atitudes e comportamentos indicam orientação biomédica enquanto a percepção do modelo em que se enquadram tendem em modelos de saúde mais abrangentes.

Este trabalho tem importância para a fisioterapia pois é um contributo para a tomada de consciência sobre os modelos de atuação dos fisioterapeutas na prática clínica, facilitando a percepção e diferenciação dos diferentes modos de intervenção, devido aos vários modelos de saúde. Futuras investigações são necessárias com objectivo de determinar a realidade dos fisioterapeutas portugueses. Recomenda-se ainda, às universidades uma uniformização dos conteúdos programáticos num modelo de saúde mais abrangente (holístico e/ou ecológico) assim como recomenda-se nos locais de trabalho, um aumento das condições de forma a facilitar a intervenção dos fisioterapeutas em todos os componentes do indivíduo.

5 Conclusão

Os fisioterapeutas que trabalham em terapia manual consideram que o modelo de saúde que serve de base à prática clínica é o modelo holístico, no entanto, as atitudes e comportamento na intervenção e avaliação mantêm-se focados no modelo biomédico, ou seja, na resolução da sintomatologia física.

Os modelos de saúde mais conhecidos são o modelo holístico e biopsicossocial, contrariamente ao modelo ecológico.

Após percepção da definição do modelo, os fisioterapeutas realçaram a escolha no modelo holístico.

O perfil dos fisioterapeutas é independente do modelo de saúde que enquadra a prática clínica.

Os indivíduos que baseiam a sua prática no modelo biomédico têm maior consciência do próprio modelo de saúde.

6 Referências bibliográfica

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counseling*, 53(2), 239-244.
- Andrade, J. T. D., & Costa, L. F. A. D. (2010). Complementary medicine in the SUS: integrative practices in the perspective of medical Anthropology. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 497-508.
- Andrade, P. M. D. O. (2010). Evaluation of curriculum guidelines according to the biopsychosocial perspective of the world health organization (WHO). *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, 15(2), 121-130.
- Baral, S., Logie, C. H., Grosso, A., Wirtz, A. L., & Beyrer, C. (2013). Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*, 13(1), 482.
- Barros, J. A. C. (2002). Considering the health-disease process: what does the biomedical model answer to?. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Bartko, J. J. (1966). The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports*, 19, 3-11
- Berg, G. V., & Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 384-391.
- Bishop, A., Thomas, E., & Foster, N. E. (2007). Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: a systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*, 132(1), 91-101.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. New Jersey: Prentice Hall
- Borrett, D. S. (2013). Heidegger, Gestell and rehabilitation of the biomedical model. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19(3), 497-500.
- Bowey-Morris, J., Purcell-Jones, G., & Watson, P. J. (2010). Test-retest reliability of the pain attitudes and beliefs scale and sensitivity to change in a general practitioner population. *The Clinical journal of pain*, 26(2), 144-152.
- Campos, M. O., & Rodrigues Neto, J. F. (2014). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de saúde pública*, 32(2), 232.
- Cederbom, S., Rydwick, E., Söderlund, A., Denison, E., Frändin, K., & von Heideken Wågert, P. (2014). A behavioral medicine intervention for older women living alone with chronic pain—a feasibility study. *Clinical interventions in aging*, 9, 1383.
- CliftonSmith, T., & Rowley, J. (2011). Breathing pattern disorders and physiotherapy: inspiration for our profession. *Physical Therapy Reviews*, 16(1), 75-86.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Wadsworth Publishing
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861.

- Domenech, J., Sánchez-Zuriaga, D., Segura-Orti, E., Espejo-Tort, B., & Lisón, J. F. (2011). Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain*, *152*(11), 2557-2563.
- Espíndola, D. S., & Borenstein, M. S. (2011). The historical evolution of physical therapy: from massage to professional recognition (1894-2010). *Fisioterapia Brasil*, *12*(5), 389-94.
- Fisher, H. (2011). *History of the Central Limit Theorem*. New York: Springer
- Fortune, L. D., & Hymel, G. M. (2015). Creating integrative work: A qualitative study of how massage therapists work with existing clients. *Journal of bodywork and movement therapies*, *19*(1), 25-34.
- Foster, N. E., & Delitto, A. (2011). Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice—challenges and opportunities. *Physical therapy*, *91*(5), 790-803.
- Grimmer-Somers, K., Milanese, S., & Kumar, S. (2012). Measuring the quality of allied health services in Australia: is it a case of the 'more we learn, the less we know. *Journal of Healthcare Leadership*, *4*, 71-81.
- Haas, E. J., Hoebbel, C. L., & Rost, K. A. (2014). An Analysis of Trainers' Perspectives within an Ecological Framework: Factors that Influence Mine Safety Training Processes. *Safety and health at work*, *5*(3), 118-124.
- Hansen, Z., Daykin, A., & Lamb, S. E. (2010). A cognitive-behavioural programme for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in the Back Skills Training Trial (BeST; ISRCTN 54717854). *Physiotherapy*, *96*(2), 87-94.
- Hatchard, T., Lepage, C., Hutton, B., Skidmore, B. & Poulin, P. (2014). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain disorders: protocol for a systematic review and meta-analysis with indirect comparisons. *Systematic Reviews*, *3*, 134.
- Holm, S., Ljungman, G., Åsenlöf, P., & Söderlund, A. (2013). How children and adolescents in primary care cope with pain and the biopsychosocial factors that correlate with pain-related disability. *Acta Paediatrica*, *102*(10), 1021-1026.
- Hoover, C. R., Wong, C. C., & Azzam, A. (2012). From primary care to public health: using problem-based learning and the ecological model to teach public health to first year medical students. *Journal of community health*, *37*(3), 647-652.
- Houben, R., Ostelo, R. W., Vlaeyen, J. W., Wolters, P. M., Peters, M., & Berg, S. G. (2005). Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *European Journal of Pain*, *9*(2), 173-183.
- Keefe, F. J., Porter, L., Somers, T., Shelby, R., & Wren, A. V. (2013). Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. *British journal of anaesthesia*, *111*(1), 89-94.
- Khan, M., Akhter, S., Soomro, R. R., & Ali, S. S. (2014). The effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with general exercises versus general exercises alone in the management of chronic low back pain. *Pakistan journal of pharmaceutical sciences*, *27*(4), 1113-1116.
- Laekeman, M. A. L., Sitter, H., & Basler, H. D. (2008). The Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists: psychometric properties of the German version. *Clinical rehabilitation*, *22*(6), 564-575.
- Lancet, T. (2009). What is health? The ability to adapt. *The Lancet*, *373*, 781.
- Lohrmann, D. K. (2010). A complementary ecological model of the coordinated school health program. *Journal of School Health*, *80*(1), 1-9.

- Lundström, L. G. (2008). Further arguments in support of a social humanistic perspective in physiotherapy versus the biomedical model. *Physiotherapy theory and practice*, 24(6), 393-396.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: ReportNumber
- Mehtälä, M. A. K., Sääkslahti, A. K., Inkinen, M. E., & Poskiparta, M. E. H. (2014). A socio-ecological approach to physical activity interventions in childcare: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 22.
- Nagarajan, M., & Nair, M. R. (2010). Importance of fear-avoidance behavior in chronic non-specific low back pain. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 23(2), 87-95.
- Nielsen, M., Keefe, F. J., Bennell, K., & Jull, G. A. (2014). Physical Therapist-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy: A Qualitative Study of Physical Therapists' Perceptions and Experiences. *Physical therapy*, 94(2), 197-209.
- Nijs, J., Roussel, N., van Wilgen, C. P., Köke, A., & Smeets, R. (2013). Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual therapy*, 18(2), 96-102.
- Nova Zelândia, International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists. [em linha]. Auckland, 2014. [Consultado a 29/04/2015]. Disponível em <<http://www.ifompt.com/About+IFOMPT/OMT+Definition.html>> (a)
- Nova Zelândia, International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists. [em linha]. Auckland, 2010. [Consultado a 29/04/2015]. Disponível em <<http://www.ifompt.com/About+IFOMPT/History.html>> (b)
- Ostelo, R. W. J. G., Stomp-van den Berg, S. G. M., Vlaeyen, J. W. S., Wolters, P. M. J. C., & De Vet, H. C. W. (2003). Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Manual therapy*, 8(4), 214-222.
- Parker, S., Khatri, R., Cook, I. G., & Pant, B. (2014). Theorizing Aging in Nepal: Beyond the Biomedical Model. *Canadian Journal of Sociology*, 39(2), 231-254.
- Pasquali L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP
- Pereira M. G. (1995). *Epidemiologia - Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of consumer research*, 381-391.
- Polsgrove, M. J. (2012). A holistic approach to movement education in sport and fitness: A systems based model. *Journal of bodywork and movement therapies*, 16(1), 36-41.
- Portillo, M. C., & Cowley, S. (2011). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of clinical nursing*, 20(11-12), 1731-1743.
- Portney, L.G. & Watkins, M.P. (1993). *Foundations of clinical research: applications to practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Portugal, Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. [em linha]. Lisboa: Grupos de Interesse da Fisioterapia, 2015. [Consultado a 29/04/2015]. Disponível em <<http://www.apfisio.pt/DocumentacaoRestrita.php>>
- Portugal, Portal da Saúde do Ministério da Saúde. [em linha]. Lisboa: O que é a reabilitação?, 2005. [Consultado a 29/04/2015]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>>

- Reino Unido, World Confederation for Physical Therapy. [Em linha]. Londres: What is physical therapy, 2015. [Consultado a 29/04/2015]. Disponível em <<http://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy>>
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde?*. Lisboa: Editora Vega.
- Resnick, B., Orwig, D., D'Adamo, C., Yu-Yahiro, J., Hawkes, W., Shardell, M., ... & Magaziner, J. (2007). Factors that influence exercise activity among women post hip fracture participating in the Exercise Plus Program. *Clinical interventions in aging*, 2(3), 413-427.
- Saito, D. Y. T., Zoboli, E. L. C. P., Schweitzer, M. C., & Maeda, S. T. (2013). User, client or patient?: which term is more frequently used by nursing students?. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(1), 175-183.
- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K., & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 297-322.
- Sampaio, R. F., Mancini, M. C., Gonçalves, G. G., Bittencourt, N. F., Miranda, A. D., & Fonseca, S. T. (2005). Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter*, 9(2), 129-36.
- Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A., & Ong, B. N. (2013). Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), 65.
- Schwinges-Lymeropoulos, M. (2010). Psychosomatische Urologie. *Der Urologe*, 49(6), 767-774.
- Separavich, M. A., & Canesqui, A. M. (2010). Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão. *Saúde e Sociedade*, 19(2), 249-259.
- Somasundaram, D. (2007). Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. Department of Psychiatry, University of Adelaide, Australia & University of Jaffna, Sri Lanka.
- Stewart, J., Kempenaar, L., & Lauchlan, D. (2011). Rethinking yellow flags. *Manual therapy*, 16(2), 196-198.
- Stubbs, B., Eggermont, L., Soundy, A., Probst, M., Vandenbulcke, M., & Vancampfort, D. (2014). What are the factors associated with physical activity (PA) participation in community dwelling adults with dementia? A systematic review of PA correlates. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 195-203.
- Supranowicz, P., & Paź, M. (2014). Holistic measurement of well-being: psychometric properties of the physical, mental and social well-being scale (PMSW-21) for adults. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 65(3), 251-258.
- Sveinsdottir, V., Eriksen, H. R., & Reme, S. E. (2012). Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *Journal of pain research*, 5, 371.
- Taylor, A., & Servage, L. (2012). Perpetuating education-jobs mismatch in a high school internship programme: an ecological model. *Journal of Education and Work*, 25(2), 163-183.
- Toye, F., & Barker, K. (2010). 'Could I be imagining this?'-the dialectic struggles of people with persistent unexplained back pain. *Disability & Rehabilitation*, 32(21), 1722-1732.
- van Wilgen, P., Beetsma, A., Neels, H., Roussel, N., & Nijs, J. (2014). Physical therapists should integrate illness perceptions in their assessment in patients with chronic musculoskeletal pain; a qualitative analysis. *Manual therapy*, 19(3), 229-234.
- Wade, D. (2011). Complexity, case-mix and rehabilitation: the importance of a holistic model of illness. *Clinical rehabilitation*, 25(5), 387-395.
- Wellington, J. (2014). Noninvasive and Alternative Management of Chronic Low Back Pain (Efficacy and Outcomes). *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 17(2), 24-30.

7 Anexos

7.1 - Questionário

Questionário – Modelos de Saúde em que se enquadra a Prática Clínica dos Fisioterapeutas que trabalham em Terapia Manual

Este questionário faz parte de uma investigação em curso no âmbito de um Mestrado em Fisioterapia – Ramo de especialização Terapia Manual Ortopédica, cujo tema passa por identificar os modelos de saúde em que se enquadra a prática clínica dos fisioterapeutas que trabalham em terapia manual.

A sua participação é extremamente importante.

Este questionário não tenciona testar o seu conhecimento sobre diferentes patologias, apenas se deseja conhecer a forma como aborda os pacientes e faz a sua intervenção. Apenas a sua opinião conta, a opinião de terceiros não é relevante.

Este questionário é anónimo, os dados obtidos são confidenciais e destinam-se apenas à produção de trabalhos científicos.

O preenchimento total terá a duração aproximada de 10 minutos.

Desde já, os sinceros agradecimentos pela colaboração prestada. Estou disponível para responder a qualquer tipo de dúvida.

Contacto: Liane Pinho dos Santos – lianepinhosantos@hotmail.com ou 914 229 973

1) Sexo

1.1 - Feminino _____

1.2 - Masculino _____

2) Idade: _____ anos

3) Distrito de Residência

3.1 - Aveiro _____

3.2 - Beja _____

3.3 - Braga _____

3.4 - Bragança _____

3.5 - Castelo Branco _____

3.6 - Coimbra _____

3.7 - Évora _____

3.8 - Faro _____

3.9 - Guarda _____

3.10 - Leiria _____

3.11 - Lisboa _____

3.12 - Portalegre _____

3.13 - Porto _____

3.14 - Santarém _____

3.15 - Setúbal _____

3.16 - Viana do Castelo _____

3.17 - Vila Real _____

3.18 - Viseu _____

3.19 - Açores _____

3.20 - Madeira _____

4) **Ano que terminou o bachelato ou licenciatura em Fisioterapia:** _____

5) **Há quanto tempo trabalha em Terapia manual?**

5.1 - Menos de 5 anos _____

5.2 - [6 -10] anos _____

5.3 - [11 -15] anos _____

5.4 - [16 -20] anos _____

5.5 - [21 -25] anos _____

5.6 - [26 -30] anos _____

5.7 - Maior ou igual a 31 _____anos

6) **Fez alguma especialização em Terapia manual?**

Assinale a(s) opção(es) que melhor se adequa(m) à sua situação

6.1 - Não fez _____

6.2 - Mestrado _____

6.3 - Pós-graduação _____

6.4 - Cursos técnicos em empresas particulares – exemplos: _____

7) **Considera a pessoa a quem faz a sua intervenção/ tratamento:**

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

7.1 - Doente _____

7.2 - Paciente _____

7.3 - Utente _____

7.4 - Cliente _____

8) **Dos modelos de saúde usados na terapia manual abaixo discriminados assinale se tem conhecimento sobre eles:**

Assinale a(s) opção(es) que melhor se adequa(m) à sua situação

8.1 - Modelo Biomédico _____

8.2 - Modelo Biopsicossocial _____

8.3 - Modelo Cognitivo-Comportamental _____

8.4 - Modelo Holístico _____

8.5 - Modelo Ecológico _____

9) **Dos modelos de saúde usados na terapia manual abaixo discriminados assinale o modelo que habitualmente usa na sua prática clínica:**

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

9.1 - Modelo Biomédico _____

9.2 - Modelo Biopsicossocial _____

9.3 - Modelo Cognitivo-Comportamental _____

9.4 - Modelo Holístico _____

9.5 - Modelo Ecológico _____

10) Dos componentes abaixo discriminados assinale com o(s) qual(is) trabalha mais frequentemente junto do utente/cliente durante a sua intervenção/ tratamento?

- 10.1 - Componente biológico da patologia (causa da patologia) _____
10.2 - Componente físico (sintomatologia física) _____
10.3 - Componente social (aspecto socioeconómicos, cultura, emprego) _____
10.4 - Componente ambiental (ambiente familiar, político, comunidade) _____
10.5 - Componente psicológico (patologias emocionais, crenças, medo) _____
10.6 - Componente comportamental (alterações e adaptações de comportamento decorrentes da patologia) _____
10.7 - Outro(s) componente(s). Indique-o(s). _____

11) Na avaliação inicial ao seu utente/cliente, que aspecto(s) avalia?

Assinale a(s) opção(es) que melhor se adequa(m) à sua situação

- 11.1 - Sintomatologia física (exame objectivo) _____
11.2 - História clínica (exame subjectivo) _____
11.3 - Causa da patologia (exames complementares de diagnóstico) _____
11.4 - Situação emocional (crenças, medo, barreiras emocionais) _____
11.5 - Situação Familiar (apoio, estabilidade familiar) _____
11.6 - Ambiente que o rodeia (casa, acessibilidade, transporte para a fisioterapia) _____
11.7 - Situação Social (emprego, aspectos socioeconómico) _____
11.8 - Estado psicológico (patologias psicológicas, sequelas neurológicas) _____
11.9 - Comportamento do utente/cliente (alterações e adaptações de comportamento decorrentes da patologia) _____
11.10 - Outro(s) aspecto(s). Indique-o(s). _____

12) Habitualmente, nas suas intervenções/ tratamentos, que tempo da sessão disponibiliza para educação para a Saúde com objectivo da mudança de pensamento/ comportamento do utente/cliente?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

- 12.1 - Ausente ou pouco tempo [0% - 25%] _____
12.2 - Nem muito nem pouco tempo]25%- 50%] _____
12.3 - Algum tempo]50%-75%] _____
12.4 - Bastante tempo]75%-100%] _____

13) Habitualmente, nas suas intervenções/ tratamentos, que importância dirige à resolução da sintomatologia física do utente/cliente durante a mesma?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

- 13.1 - Sem ou pouca importância [0% - 25%] _____
13.2 - Nem muito nem pouco importante]25%- 50%] _____
13.3 - Muito importante]50%-75%] _____
13.4 - Extremamente importante]75%-100%] _____

14) Habitualmente tenta perceber a razão pela qual o utente/cliente não voltou à sessão de fisioterapia quando os objectivos para o mesmo não foram cumpridos?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação.

Sim _____

Não _____

14.1 Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, seleccione a(s) razão(es) pela qual tenta fazer o acompanhamento.

14.1.1 - Preocupação com o utente/cliente _____

14.1.2 - Preocupação com o sucesso da minha prática _____

14.1.3 - Evitar perda de utentes/clientes _____

14.1.4 - Perceber o grau de satisfação do utente/cliente _____

14.1.5 - Outros. Indique-os. _____

14.2 Se respondeu negativamente à pergunta 14, seleccione a(s) razão(es) pela qual não faz o acompanhamento.

14.2.1 - Utente/ cliente não se mostra receptivo às tentativas de contacto (telefone, e-mail, etc.)

14.2.2 - Normas institucionais / organizacionais impedem o contacto _____

14.2.3 - Demasiados utentes/clientes ficando sem tempo _____

14.2.4 - Deduz que o utente/cliente ficou insatisfeito _____

14.2.5 - Atribui a si mesmo a culpa de não ter resolvido a sintomatologia do utente/ cliente _____

14.2.6 - Utente/cliente liga a fazer nova marcação quando a sintomatologia reaparece

14.2.7 - Outros. Indique-os. _____

15) Habitualmente, considera que a empatia entre o utente/cliente e o fisioterapeuta tem efeitos durante a sua intervenção/ tratamento?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

15.1 - Sem ou pouco efeito [0% - 25%] _____

15.2 - Nem muito nem pouco efeito [25% - 50%] _____

15.3 - Algum efeito [50%-75%] _____

15.4 - Muito efeito [75%-100%] _____

16) Através da sua intervenção/ tratamento consegue identificar possíveis agentes sociais (aspecto socioeconómicos, cultura, emprego) que possam ter influência na produção da sintomatologia da patologia do utente/cliente?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação.

Sim _____

Não _____

16.1 Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, seleccione a(s) forma(s) que identifica os agentes sociais

16.1.1 - Conversa com o utente/cliente _____

16.1.2 - Avaliação inicial do utente/cliente _____

16.1.3 - Questões directas dirigidas ao utente/cliente _____

16.1.4 - Conversa com familiares do utente/cliente _____

16.1.5 - Informação enviada pelo médico _____

16.1.6 - Outros. Indique-os. _____

16.2 Se respondeu negativamente à pergunta 16, seleccione a(s) opção(es) que melhor se adequa(m) à sua situação.

16.2.1 - Acha que os agentes sociais não têm influência na produção de sintomatologia _____

16.2.2 - Tem dificuldade em perceber os agentes sociais porque têm pouco tempo para conversar ou conhecer melhor com o utente/cliente _____

16.2.3 - Outros. Indique-os. _____

17) Através da sua intervenção/ tratamento consegue identificar possíveis factores psicológicos (patologias emocionais, crenças, medo) que possam ter influência na produção da sintomatologia da patologia do utente/cliente?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação.

Sim _____

Não _____

17.1 Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, seleccione a(s) forma(s) que identifica os agentes psicológicos.

17.1.1 - Conversa com o utente/cliente _____

17.1.2 - Avaliação inicial do utente/cliente _____

17.1.3 - Questões directas dirigidas ao utente/cliente _____

17.1.4 - Conversa com familiares do utente/cliente _____

17.1.5 - Informação enviada pelo médico _____

17.1.6 - Outros. Indique-os. _____

17.2 Se respondeu negativamente à pergunta 17, seleccione a(s) opção(es) que melhor se adequa(m) à sua situação.

17.2.1 - Acha que os agentes sociais não têm influência na produção de sintomatologia _____

17.2.2 - Tem dificuldade em perceber os agentes sociais porque têm pouco tempo para conversar ou conhecer melhor com o utente/cliente _____

17.2.3 - Outros. Indique-os. _____

18) Habitualmente, nas suas intervenções/ tratamentos, tem em atenção às alterações de comportamento resultantes da patologia?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

18.1 - Sem ou pouca atenção [0% - 25%] _____

18.2 - Nem muito nem pouca atenção [25%- 50%] _____

18.3 - Alguma atenção [50%-75%] _____

18.4 - Muita atenção [75%-100%] _____

19) Em média, nas suas intervenções/ tratamentos, que importância dá ao ambiente (ambiente familiar, político, comunidade, casa, acessibilidade, transporte para a fisioterapia) que rodeia o utente/cliente?

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

19.1 - Sem ou pouca importância [0% - 25%] _____

19.2 - Nem muito nem pouco importante [25% - 50%] _____

19.3 - Muito importante [50%-75%] _____

19.4 - Extremamente importante [75%-100%] _____

20) Se tivesse que analisar a sua prática clínica com base nos aspectos abaixo discriminados, que classificação atribuiria aos mesmos?

Classifique-os numa escala de 0 a 10, conforme menor/maior utilização na intervenção ou ênfase que lhes dirige

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.1	Alterações físicas do utente/cliente											
20.2	Estado de espírito do utente/cliente											
20.3	Resultados do tratamento											
20.4	Quantidade de técnicas durante a sua intervenção											
20.5	Qualidade das técnicas durante a sua intervenção											
20.6	Influência do ambiente que rodeia o utente/cliente											
20.7	Influência da parte cognitiva-comportamental do utente/cliente											
20.8	Influência da parte social que rodeia o utente/cliente											

21) Ordene de forma crescente de importância atribuída na sua prática clínica a cada um dos componentes abaixo discriminados (de menor (1) para maior importância (6))

21.1 - Componente biológico da patologia (causa da patologia) _____

21.2 - Componente físico (sintomatologia física) _____

21.3 - Componente social (aspecto socioeconómicos, cultura, emprego) _____

21.4 - Componente ambiental (ambiente familiar, político, comunidade) _____

21.5 - Componente psicológico (patologias emocionais, crenças, medo) _____

21.6 - Componente comportamental (alterações e adaptações de comportamento decorrentes da patologia) _____

22) Considera que o modelo predominante na sua prática clínica é:

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

22.1 - Modelo Biomédico _____

22.2 - Modelo Biopsicossocial _____

22.3 - Modelo Cognitivo-Comportamental _____

22.4 - Modelo Holístico _____

22.5 - Modelo Ecológico _____

23) Sabendo que, sucintamente, os modelos baseiam-se nos aspectos da tabela inferior, muda a sua resposta?

MODELO BIOMÉDICO	<ul style="list-style-type: none">- O foco do modelo é maior sobre os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença, exclui factores sociais ou subjectividade individual.- O modelo também ignora o facto de que o diagnóstico é um resultado de negociação entre o profissional e o paciente.- Fazem parte do modelo Biomédico o modelo pato-anatómico, o modelo neurofisiológico, o modelo biomecânico, o modelo de sinais e sintomas e o modelo de controle motor.
MODELO BIOPSISSOCIAL	<ul style="list-style-type: none">- Considera questões biológicas, psicológicas e sociais como sistemas corporais como sistemas corporais (cardiovascular, respiratório), ou seja, não há separação entre mente e corpo- Adiciona à abordagem tradicional, maior foco nas crenças, medo e contexto social- Reconhece e atende tanto os aspectos biológicos e psicossociais do bem-estar do utente/cliente, bem como a sua interdependência
MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	<ul style="list-style-type: none">- Combinação de técnicas cognitivas e comportamentais e baseia-se no pressuposto de que a forma do individuo pensar motiva e afecta o comportamento e emoções.- Dor é uma experiencia complexa que não é apenas causada pela sua fisiopatologia, mas também pelo comportamento e pela parte cognitiva do utente/cliente.- Os factores psicossociais (pensamentos, emoções, crenças, acções, o meio no qual se vive) não podem ser ignorados na dor e na incapacidade.- Ou seja, reconhece-se a forma como o pensamento altera o comportamento, e dá-se técnicas ou educa-se para alterar comportamentos incorrectos.
MODELO HOLÍSTICO	<ul style="list-style-type: none">- O modelo holístico baseia-se num fenómeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não isolados.- O profissional de saúde deve educar o paciente acerca da natureza e do significado da patologia e das possibilidades de mudança do tipo de vida que o levaram à doença.- Aceita diversas terapias e saberes, reconhecendo a interdependência fundamental das manifestações biológicas, físicas, mentais e emocionais do organismo, sendo, portanto, coerentes.- Possibilidade de integrar técnicas de “medicina não-ocidentais”
MODELO ECOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none">- Engloba a interacção das pessoas com o ambiente físico e sociocultural. Há a inclusão de várias variáveis ambientais e políticas que influenciam o comportamento.- Aborda habilidades e motivações individuais e interpessoais e ainda garante um ambiente social e comunitário de apoio- Incide não só nos factores comportamentais, intrapessoais, mas também sobre os factores de vários níveis que influenciam o comportamento em questão (ambiente social, físico, politico)

Considera que o modelo predominante na sua prática clínica é:

Assinale a opção que melhor se adequa à sua situação

23.1 - Modelo Biomédico _____

23.2 - Modelo Biopsicossocial _____

23.3 - Modelo Cognitivo-Comportamental _____

23.4 - Modelo Holístico _____

23.5 - Modelo Ecológico _____

24) Se a sua resposta não foi coincidente o que considera que limita o seu modelo de prática clínica?

Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale (PABS-PT)

INSTRUÇÕES:

Esta escala tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem efectuada pelo terapeuta, às formas mais comuns de dor nas costas. É excluída a dor resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.

Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca da dor nas costas. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor. Pretendemos a **sua** opinião; as opiniões de **outros** não são relevantes.

MÉTODO DE PONTUAÇÃO:

Indique o seu nível de concordância ou discordância com cada uma das afirmações colocando uma cruz num dos espaços.

Apresenta-se abaixo um exemplo.

Exemplo: “O exercício é melhor realizado com equipamento de exercício”

Se discorda totalmente com esta afirmação, coloque uma cruz no quadrado à esquerda:

Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTAS

Para permitir uma análise apropriada dos dados, é essencial que dê a sua opinião em **todas as afirmações**, mesmo que sinta que podem ter sido incluídas algumas afirmações “duplicadas”.

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
1) As pessoas com dor nas costas devem evitar toda a actividade física para prevenir a lesão.						
2) Uma boa postura previne a dor nas costas.						
3) Não é necessário o conhecimento dos tecidos lesados para um tratamento efectivo.						
4) No tratamento da dor nas costas, a redução do esforço físico diário é um factor importante.						
5) Não é realizado um esforço suficiente para encontrar as causas orgânicas subjacentes à dor nas costas.						
6) O <i>stress</i> mental pode causar dor nas costas, mesmo na ausência de lesão tecidular.						
7) A causa de dor nas costas é desconhecida.						
8) <i>Stress</i> físico unilateral não é uma causa de dor nas costas.						
9) As pessoas com dor nas costas devem evitar actividades que causem <i>stress</i> na região lombar.						
10) A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidular.						

11) Uma pessoa com dor severa nas costas irá beneficiar de exercício físico.						
12) As limitações funcionais associadas a dor nas costas são o resultado de factores psicossociais.						
13) O melhor conselho para a dor nas costas é: “Tenha cuidado” e “Não faça movimentos desnecessários”.						
14) As pessoas com dor nas costas devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.						
15) A dor indica que algo está gravemente errado com as costas.						
16) O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.						
17) O tratamento pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece.						
18) O tratamento pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor nas costas.						
19) Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave.						
20) A dor nas costas indica a presença de lesão orgânica.						
21) Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor nas costas.						
22) Se a severidade da dor nas costas aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.						
23) Se o tratamento não resultar numa redução da dor, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.						
24) A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal.						
25) O agravamento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente.						
26) É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas.						
27) Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor nas costas.						
28) TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional.						
29) Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada.						
30) Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.						
31) A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor.						
32) Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento importante.						
33) Aprender a gerir o <i>stress</i> promove a recuperação da dor nas costas.						
34) Os exercícios que podem colocar as costas em carga excessiva não devem ser evitados durante o tratamento.						
35) A longo prazo, as pessoas com dor nas costas têm maior risco de desenvolver problemas na coluna.						
36) Na dor nas costas os exames imagiológicos são desnecessários.						

Obrigada pela vossa disponibilidade!

Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética

ESTSP | POLITÉCNICO
DO PORTO

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Número de Registo da Comissão de Ética: _____ 1594/2015 _____

Data de recepção do Documento: _____ 15/6/2015 _____

Existência de entradas anteriores: _____ sim _____

Título do Trabalho: Modelos de prática clínica dos fisioterapeutas especializados em terapia manual

Investigador Principal: Liane Santos

Investigador Responsável: Paula Clara Santos

Data prevista para a realização do trabalho: Início outubro 2014 Fim setembro 2015

RESUMO DO ESTUDO

Tipo de estudo: transversal e analítico.

Objectivos: presentes.

Amostra: Voluntários para preenchimento de questionário online, após contacto por mail.

Formulário de dados a recolher: referidos e apresentados. Faz referencia a metodologia a usar para a garantia de confidencialidade e anonimato. Questionário anónimo e codificado.

Material: descrição presente.

Métodos: descrição presente.

Riscos: Sem referência a riscos.

Consentimento informado: presente.

Autorização pelos responsáveis locais: Com autorização dos Responsáveis da ESTSP.

Apreciação da Comissão de Ética:

Como os respectivos trabalhos só poderão ter inicio após parecer favorável desta Comissão e aprovação pela Presidência da ESTSP, solicita-se a alteração destas datas.

Data: 26/junho/2015

Assinaturas:

