

João
Carronda



João Filipe Baptista
Moreno Carronda

**Conhecimento e adesão às
recomendações das Normas de
Orientação Clínica na gestão da Dor
Cervical Não Específica: Um *Survey*
para estudantes finalistas
portugueses e franceses do Curso de
Fisioterapia.**

Relatório de Investigação

Mestrado em Fisioterapia em Condições
Músculo-Esqueléticas

Orientador: Professor Doutor Eduardo
Brazete Cruz

Dezembro de 2025

Relatório de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica de Eduardo Brazete Cruz.

DECLARAÇÕES

Declaro que este Relatório de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

(João Filipe Baptista Moreno Carronda)

Setúbal, 3 de Dezembro 2025

Declaro que este Relatório de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O orientador,

(Eduardo Brazete Cruz)

Setúbal, 3 de Dezembro 2025

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz, pela paciência, neutralidade e profissionalismo. Obrigado pela ajuda, motivação e orientação.

Aos meus pais que sempre me incutiram o valor da formação e do trabalho e que me continuam a motivar na busca de evolução pessoal e profissional.

Às minhas filhas, Beatriz e Matilde que quase sempre compreenderam que o pai tivesse de trabalhar mais um pouco e que gostaram de me acompanhar na fase final ao sentarem-se ao meu lado a lerem o que escrevia.

À Catarina pela mãe fantástica que és e pelo exemplo de coragem e perseverança pessoal e profissional.

Aos meus amigos, todos, sem exceção, por me ajudarem em todos os domínios da vida.

À família que construí em França por toda a amizade, compreensão e ajuda.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo companheirismo e ajuda. Pelos reencontros e novos encontros.

Ao Diogo Pires pelo sempre disponível “Hostel”, e pela amizade que marca cada estadia.

À Carlota Rêgo pela partilha e altruísmo inestimável.

Ao Ricardo Ferreira pela amizade, disponibilidade e profissionalismo.

À Daniela Costa pelo reencontro, fonte de inspiração e amizade que marcou uma parte deste trabalho.

Aos meus utentes, e todos os colegas do gabinete, da HDN Academy e da Kinesport pela compreensão e ajuda na minha contínua busca de evolução.

Por último, aos participantes do estudo sem os quais este não teria sido viável. Obrigado pela contribuição e ajuda na procura de uma maior homogeneidade na prática da fisioterapia.

Muito Obrigado a todos sem exceção.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o conhecimento dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal acerca do conteúdo das NOCs na gestão da DCNE e a sua integração no processo de tomada de decisão clínica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo sobre o processo de tomada de decisão dos estudantes com base em cenários clínicos tipificados (vinhetas). A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário *online* desenvolvido para o efeito. **Resultados:** Num universo de 262 convites enviados, foram obtidas 48 respostas ao questionário (18,3%). A idade dos estudantes variou entre 21 e 37 anos e 68,8% eram do sexo feminino. O conhecimento acerca da inclusão das NOCs no plano de estudos é baixo e semelhante entre países, com apenas 52,6% dos estudantes franceses e 41,4% dos portugueses a reportá-lo e sem diferença estatística significativa. Na gestão das diferentes vinhetas, o alinhamento das modalidades seleccionadas é tanto maior quanto menos grave é o caso clínico. Na vinheta 4 que retrata um Grau IV, DC específica, apenas se observa diferença estatística na escolha de PROMS pelos estudantes franceses ($p=0,049$). Nos perfis das outras vinhetas (grau I,II,III), a preferência de escolha de modalidades passivas e, por vezes, não recomendadas, foi observada entre os estudantes franceses como por exemplo a utilização de TENS ou ultrassom ($p<0,001$) na vinheta 3, e contrasta com a seleção de estratégias multimodais, concordantes com as NOCs, pelos portugueses como a mobilização acessória cervical ($p=0,001$) vinheta 1, exercícios de ROM ($p=0,044$) vinheta 2 e a Educação ($p<0,001$) vinheta 3. **Discussão:** A taxa de participação é reduzida e o conhecimento sobre a inclusão das NOCs no plano de estudos é limitado e sem diferenças entre países, sugerindo uma integração curricular insuficiente. As escolhas clínicas variaram com a gravidade dos casos, com maior alinhamento com as NOCs na vinheta 4. Estes achados evidenciam potenciais diferenças curriculares, pedagógicas e culturais entre países e reforçam a necessidade da integração das NOCs na formação de base. **Conclusão:** Este estudo fornece informação relevante e original sobre as escolhas clínicas de estudantes de fisioterapia na gestão da DCNE e dessa forma potenciais áreas de melhoria na formação académica, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento e competências mais ajustadas às necessidades de uma PBE.

Palavras-chave: Dor cervical (DC), Dor cervical não específica (DCNE), Fisioterapia, Prática Baseada na Evidência (PBE), Normas de Orientação Clínica (NOC's), Portugal, França

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge of final-year Physiotherapy students from two schools in France and two in Portugal regarding the content of Clinical Practice Guidelines (CPGs) for the management of Non-Specific Neck Pain (NSNP), and their integration into clinical decision-making. **Methodology:** A cross-sectional, descriptive study was conducted to analyse students' clinical decision-making using standardized clinical scenarios (Vignettes). Data were collected through an online survey, specifically developed for this study. **Results:** Of the 262 invitations sent, 48 responses were obtained (18,3%). Participants were aged between 21 and 37 years old, and 68,8% were female. Knowledge about the inclusion of CPGs in the curriculum was low and similar between countries, with only 52,6% of French students and 41,4% of Portuguese students reporting such inclusion, with no statistically significant differences observed. Across vignettes, alignment with recommended management increased as the severity of the case decreased. In vignette 4 (Grade IV, specific neck pain), a significant difference was found only in the selection of PROMs by French students ($p=0,049$). In the remaining vignettes (Grades I–III), French students selected more frequently passive and non-recommended techniques, such as TENS or ultrasound ($p<0,001$) in vignette 3 for instance, contrasting with Portuguese students, who more often selected multimodal strategies aligned with CPGs, including cervical mobilization ($p=0,001$) in vignette 1, ROM exercises ($p=0,044$) in vignette 2, and Education ($p<0,001$) in vignette 3. **Discussion:** The low response rate and limited knowledge regarding CPGs, with no significant differences between countries, suggest insufficient integration in the basis curriculum. Clinical choices changed with the case severity, with greater alignment to CPGs in the most severe case. These findings highlight potential curricular and cultural differences between countries and reinforce the need for stronger integration of CPGs in undergraduate curriculum. **Conclusion:** This study provides relevant and original insights into the clinical choices of physiotherapy students in the management of NSNP, identifying potential improvement areas in academic training, and contributing to the development of knowledge and skills aligned with Evidence-Based Practice (EBP).

Keywords: Neck Pain (NP), Non-specific Neck Pain (NSNP), Physiotherapy, Evidence Based Practice (EBP), Clinical Practice Guidelines (CPG's) Portugal, France

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Metodologia:	8
2.1. Desenho de estudo	8
2.2. Amostra e recrutamento	8
2.3. Instrumento de recolha de dados	9
2.4 Recolha de dados	14
2.5 Análise dos dados.....	14
3. Apresentação dos Resultados	17
3.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	18
3.2 Experiência académica dos estudantes com utentes com condições músculo-esqueléticas e com dor cervical não específica.	18
3.3 Principais modalidades de avaliação selecionadas	19
3.4 Principais modalidades de intervenção selecionadas	22
3.5. Concordância com as NOCs nas modalidades de avaliação.....	28
3.6. Concordância com as NOCs nas modalidades de Intervenção.	29
3.7. Conhecimento acerca da existência e conteúdo das Normas de Orientação Clínica no plano de estudos.....	30
4. Discussão:	32
5. Conclusão	38
6 Bibliografia.....	40
7 Apêndices.....	45
Apêndice 1 - Questionário sobre a prática clínica da Fisioterapia em utentes com Dor Cervical Não Específica (DCNE):	45

Apêndice 4 - Carta Convite ao comité de Peritos/Experts.....	131
Apêndice 5 - Grelha de Avaliação do Comité de Peritos/Experts	133
Apêndice 6 - Carta Convite à Participação no Estudo Piloto.....	136
Apêndice 7 - Grelha de Avaliação do Estudo Piloto	138
Apêndice 8 - Carta explicativa aos participantes:	141
Apêndice 9 - Formulário de Consentimento Informado:	145
8 Anexos.....	146
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal.....	146

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Recomendações das NOCs para as Modalidades de Avaliação **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 2: Recomendações das NOCs para as Modalidades de Intervenção **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos participantes, amostra total e por país _ 18

Tabela 4: Experiência acadêmica dos estudantes com utentes com condições músculo-esqueléticas e com DCNE _____ 19

Tabela 5: Frequência absoluta e relativa das respostas concordantes com as modalidades de avaliação recomendadas. _____ 21

Tabela 6: Frequência absoluta e relativa das respostas concordantes com as modalidades de intervenção recomendadas _____ 25

Tabela 7: Percentagem de concordância com as Normas de Orientação Clínica para o domínio das modalidades de avaliação _____ 28

Tabela 8: Teste de Mann-Whitney U para comparação da seleção de modalidades de avaliação recomendadas entre grupos, e por vinheta clínica _____ 29

Tabela 9: Percentagem de concordância com as Normas de Orientação Clínica para o domínio das modalidades de intervenção _____ 29

Tabela 10: Teste de Mann-Whitney U para comparação da seleção de modalidades de intervenção recomendadas entre grupos, e por vinheta clínica _____ 30

Tabela 11: Teste de Mann-Whitney U para comparação entre grupos (conhecimento vs desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos), e concordância com as recomendações das NOCs para as modalidades de avaliação-por vinheta clínica _____ 31

Tabela 12: Teste de Mann-Whitney U para comparação entre grupos (conhecimento vs desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos), e concordância com as recomendações das NOCs para as modalidades de intervenção-por vinheta clínica _____ 31

Tabela 13: Critérios de classificação das modalidades recomendadas/ não recomendadas e sem recomendação _____ 126

Tabela 14: Recomendações das NOCs para os Exames Complementares de Diagnóstico 128

LISTA DE ABREVIATURAS

DC – Dor Cervical

DCNE – Dor Cervical Não Específica

NOC – Normas de Orientação Clínica

GIN - *Guidelines International Network*

PROMS – *Patient reported outcome measures*

WAD – *Wiplash Associated Disorders*

NPTF – *Neck Pain Task Force*

1. Introdução

A Dor Cervical (DC) é descrita como dor localizada na região posterior e lateral do pescoço, delimitada pela linha curva occipital e a linha que cruza transversalmente o processo espinhoso da primeira vertebra torácica (Bernal-Utrera et al., 2020; Bier et al., 2018).

A DC pode ter uma origem específica ou não específica, de acordo com a possibilidade de se estabelecer ou não uma relação causal entre a dor e uma lesão estrutural. Assim, a Dor Cervical Não Específica (DCNE) é caracterizada por não apresentar sinais ou sintomas de uma lesão estrutural grave, de origem neurológica ou associados a uma patologia específica (Dor Cervical Específica), com um impacto “*minor to major*” nas atividades de vida diária (Binder, n.d.; Hidalgo et al., 2017). Nestes casos pensa-se que a dor pode ter origem em qualquer estrutura inervada e, portanto, suscetível de produzir dor, como por exemplo as articulações zigapofisárias, o disco intervertebral ou ainda as estruturas miofasciais (Bernal-Utrera et al., 2020; Blanpied et al., 2017b).

Estima-se que dois terços dos adultos desenvolvam DC pelo menos uma vez nas suas vidas, facto que tem por consequência um enorme impacto económico que se traduz em custos diretos e indiretos com a saúde como por exemplo uma baixa produtividade no trabalho e um elevado número de dias de ausência do trabalho, entre outros (Parikh et al., 2019; Verhagen, 2021).

A DC é referenciada como uma das lesões músculo-esqueléticas mais comuns posicionando-se na 4ª posição no *ranking* sendo a 1ª posição ocupada pela dor lombar (Verhagen, 2021). Segundo a revisão de literatura de (Kazeminasab et al., 2022), em 2017 a prevalência e a incidência global desta condição foi estimada em 3551,1 e 806,6 por 100 000 habitantes, respetivamente. Em Portugal as estimativas para a prevalência e incidência são 5100-5400 e 950-1000 por 100 000 habitantes respetivamente, e para França 3600-3900, e 800-850 por 100 000 habitantes (Kazeminasab et al., 2022).

Sabe-se que estes valores aumentam com a idade em ambos os sexos sendo superiores em pessoas do sexo feminino e com idades entre os 50 e os 54 anos e que cerca de 70% da população poderá experienciar pelos menos um episódio de DC na sua vida, ainda que na maioria dos casos, sem impacto significativo nas atividades de vida diária e participação social (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a; Parikh et al., 2019; Verhagen, 2021).

Quanto ao curso clínico desta condição, nos episódios agudos, é esperada uma melhoria de 45% na intensidade da dor, nas primeiras 6,5 semanas, período após o qual se deixa de

verificar redução na intensidade neste *outcome* (Verhagen, 2021). Estima-se ainda que cerca de 50% a 85% de pessoas com DC não atingem uma recuperação total evidenciando o carácter recorrente que caracteriza esta condição, sobretudo em certos tipos de profissões que exijam posições estáticas de pé/sentado, trabalhos manuais entre outros, e onde se estima que 60% a 80% das pessoas terão novo episódio 1 ano depois (Bier et al., 2018; Carroll et al., 2009). Segundo os resultados do *The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain* de (Carroll et al., 2009), a elevada taxa de recorrência explica em parte este aumento no curso natural da DCNE sendo assim considerada como persistente ou crónica (Bakken et al., 2021).

Quanto à DC relacionada com um evento traumático é esperada uma melhoria nos *outcomes* dor e incapacidade, nos primeiros 3 meses após o acidente e que aproximadamente 50% das pessoas nesta situação vão continuar a sentir dor nos 6 a 12 meses seguintes (Bier et al., 2018).

Na literatura estão identificados fatores de mau prognóstico para a recuperação de um episódio de DC, sendo eles: episódios prévios e recorrentes de DC, dor lombar associada, cefaleia associada, estado geral de saúde frágil, fatores psicológicos (como a ansiedade, preocupação, frustração e a depressão) e fatores relacionados com o trabalho (insatisfação com o trabalho e tarefas com alta exigência física) (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a; Carroll et al., 2009; Parikh et al., 2019). Por outro lado, utentes jovens, otimistas e que saibam utilizar estratégias de *coping* ativo apresentam claramente um melhor prognóstico na recuperação de um episódio de DC (Verhagen, 2021).

Na DC a Fisioterapia é uma solução terapêutica recomendada e frequentemente utilizada. As mais recentes Normas de Orientação Clínica (NOC's) produzem recomendações que permitem uma verdadeira prática informada pela evidência, abordando os vários elementos constituintes na gestão da DCNE, como a Avaliação, a Intervenção e a Monitorização dos resultados.

Em termos de avaliação e quanto à classificação da condição, o sistema mais consensual e frequentemente utilizado é o da *Bone and Joint Neck Pain Task Force* (NPTF) (Nordin et al., 2009) que pontua a dor cervical I a IV. Os graus de I - III caracterizam a DCNE e o Grau IV define assim DC de origem específica, estando os sinais e sintomas associados a lesões estruturais como fratura, luxação, infeção, entre outras. A NOC de Bier et al. (2018) descreve a exclusão do grau IV na dor cervical como uma etapa crucial da avaliação inicial sendo que o fisioterapeuta deve ter o conhecimento de *red flags* que permitem identificar ou excluir condições patológicas graves.

De acordo com as informações recolhidas durante o exame subjetivo e físico é igualmente aconselhado triar o perfil no qual se enquadra o nosso utente (Grau I a III): DC grau I/II com curso clínico normal, perfil A; DC grau I/II curso clínico retardado sem influencia de fatores psicossociais, perfil B; igual ao B mas com influência de fatores psicossociais, perfil C; DC de grau III, Perfil D.

No exame objetivo ou físico é recomendada a utilização de testes específicos tais como o *Spurling test*, *traction/distraction test*, e o *Upper limb tension test* para a identificação de dor cervical associada a radiculopatia, permitindo assim incluir ou excluir a dor cervical de grau III (Blanpied et al., 2017b). Sempre que possível, o fisioterapeuta deve quantificar a informação recolhida durante o exame subjetivo e físico com recurso a instrumentos de medida, sejam eles autoreportados (PROMS) ou preenchidos pelo fisioterapeuta. É ainda recomendado ainda que, para se estabelecer um prognóstico, quando concluída a etapa de classificação da DC do utente, e se esta for de grau I ou II, percebamos se existe uma relação da dor com um episódio traumático (*Whiplash*) ou com as condições de trabalho.

As recomendações das NOCs para a utilização de modalidades de avaliação, para cada grau/perfil/ vinheta encontram-se sistematizadas na tabela 1.

Tabela 1. Recomendações das NOCs para as Modalidades de Avaliação.

Modalidades de Avaliação	Grau I/ Vinheta 1	Grau II/ Vinheta 2	Grau III/ Vinheta 3	Grau IV/ Vinheta 4
1. Instrumentos de avaliação objetiva (EVA, NRS, Goniómetro, dinamómetro isocinético)	R	R	R	R
2. Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)	R	R	R	NR
3. Identificação/exclusão de RedFlags	R	R	R	R
4. Avaliação de movimentos ativos	R	R	R	NR
5. Avaliação de movimentos passivos	R	R	R	NR
6. Testes de mobilidade segmentar cervical	R	R	R	NR
7. Testes de mobilidade segmentar torácica	R	R	R	NR
8. Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)	NR	NR	R	NR
9. Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)	NR	NR	R	NR
10. Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)	R	R	R	NR
11. Teste de dor/pressão com algómetro	NR	NR	R	NR
12. Teste Neurológico do membro superior (dermatomas, miotomas, reflexos osteotendinosos)	NR	NR	R	NR
13. Referenciar para consulta médica	NR	NR	R	R
Legenda: R- recomendado; NR- Não recomendado				

No que diz respeito à necessidade de prescrição de Exames Complementares as recomendações das NOCs para cada grau/perfil/ vinheta encontram-se sistematizadas na tabela 14 (Apêndice 3).

Relativamente ao tratamento, caso o utente apresente um curso clínico normal (perfil A), é recomendado que o fisioterapeuta utilize estratégias *hands off*, aconselhando ao utente exercícios simples a realizar em autonomia num máximo de 3 sessões (Bier et al., 2018). Perante um perfil de tratamento B, com um curso retardado, além das recomendações para o perfil A, é recomendada a utilização de estratégias *hands on*, como por exemplo a mobilização e/ou manipulação combinadas com o exercício terapêutico (Bier et al., 2018). A punção seca (dry needling), laser de baixa intensidade, eletroterapia, ultrassom, tração e/ou colar cervical, são estratégias que o fisioterapeuta não deve utilizar. O objetivo principal nestes casos é o retorno rápido às atividades da vida diária de forma a evitar que a condição se torne crónica. Quanto ao perfil C, onde a recuperação é igualmente retardada devido à presença de fatores psicossociais maladaptados, as recomendações são idênticas ao do perfil B com a diferença de que estes fatores de prognóstico psicossociais devem ser integrados pelo fisioterapeuta na construção do plano terapêutico, e quando necessário o utente deve ser reencaminhado para um especialista. Para o perfil D (dor cervical grau III), as recomendações terapêuticas são as mesmas que para o anterior, acrescentando-se a utilização de colar cervical para o alívio da dor. No entanto a sua utilização não deve ser longa (algumas semanas apenas) e deve restringir-se a momentos pontuais durante o dia (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a; Verhagen, 2021).

Em resumo, na maioria das NOCs é sugerida a utilização de uma abordagem multimodal através da utilização combinada de estratégias “*hands on*”, passivas, como a terapia manual, com estratégias “*hands off*” como o exercício terapêutico e a educação. De referir também que outras estratégias passivas frequentemente utilizadas como a eletroterapia, tração, laserterapia, acupuntura e aplicação de calor/frio não apresentam evidência consistente que suporte a sua utilização (Blanpied et al., 2017b; Corp et al., 2021; Gross et al., 2015; Parikh et al., 2019).

As recomendações das NOCs para a utilização de modalidades de intervenção, para cada grau/perfil/vinheta encontram-se sistematizadas na tabela 2.

Tabela 2. Recomendações das NOCs para as Modalidades de Intervenção.

Modalidades de Intervenção	Grau I/ Vinheta 1	Grau II/ Vinheta 2	Grau III/ Vinheta 3	Grau IV/ Vinheta 4
1. Relaxamento	NR	NR	NR	NR
2. Colar Cervical (imobilização)	NR	NR	NR	NR
3. Educação (Aconselhamento de Repouso)	NR	NR	NR	NR
4. Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)	R	R	NR	NR
5. Educação (Aconselhamento e orientação postural)	R	R	NR	NR
6. Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)	NR	NR	R	NR
7. Educação (Baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)	NR	NR	R	NR
8. Educação (Aconselhamento para se manter ativo)	R	R	R	NR
9. Manipulação cervical	R	R	R	NR
10. Manipulação torácica	R	R	R	NR
11. Mobilização fisiológica cervical	R	R	R	NR
12. Mobilização acessória cervical	R	R	R	NR
13. Mobilização fisiológica torácica	R	R	R	NR
14. Mobilização acessória torácica	R	R	R	NR
15. Mobilização com movimento (MWM Mulligan)	R	R	NR	NR
16. Tração cervical	NR	NR	NR	NR
17. Neurodinâmica (mobilização neural)	NR	NR	NR	NR
18. Massagem	NR	NR	NR	NR
19. Técnicas de McKenzie	NR	NR	NR	NR
20. Exercícios de controlo motor com Biofeedback de pressão (Stabilizer)	NR	NR	NR	NR
21. Exercícios de mobilidade (ROM)	R	R	R	NR
22. Exercícios de Força	R	R	R	NR
23. Exercícios de controlo motor	R	R	R	NR
24. Exercícios de endurance	R	R	NR	NR
25. Exercícios de Flexibilidade	R	R	R	NR
26. TENS, Ultrasom, Diatermia	NR	NR	NR	NR
27. Laser	NR	NR	NR	NR
28. Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia	NR	NR	NR	NR
29. Termoterapia (Calor vs frio)	NR	NR	R	NR
30. Acunpunctura	NR	NR	NR	NR
31. Punção Seca (Dry Needling)	NR	NR	NR	NR
32. Referenciar para Médico de Família	NR	NR	NR	R
33. Referenciar para Médico Especialista	NR	NR	NR	R
34. Referenciar para Osteopata ou Quiropata	NR	NR	NR	NR
35. Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo	NR	NR	NR	NR
36. Outros	NR	NR	NR	NR
Legenda: R- recomendado; NR- Não recomendado				

A implementação de uma verdadeira Prática Informada pela Evidência (PIE) é desenvolvida durante a formação de base em Fisioterapia embora a realidade no terreno após o início da prática profissional seja comumente marcada pela identificação de obstáculos e barreiras à sua aplicação. Estas barreiras prendem-se com a capacidade para desenvolver estratégias organizacionais, mas também com a educação/aprendizagem dos Fisioterapeutas e

são identificadas e percecionadas na sua prática com referências à falta de tempo e *skills* para a implementação da PIE, bem como uma má compreensão dos fundamentos da mesma (Paci et al., 2021; Scurlock-Evans et al., 2014).

Com efeito, apesar das recomendações atuais da evidência, a prática clínica parece ser muito heterogénea. A revisão sistemática de Zadro et al., (2019), realizada com base em 94 estudos sobre as escolhas de modalidade de intervenção em fisioterapia para diferentes CMEs, dos quais 11, relativas a utentes com DC ou *Whiplash*, observou que 85% dos fisioterapeutas utilizam (ou utilizariam) estratégias de tratamento recomendadas para a DC. No entanto, 38% optam (ou optariam) por estratégias não recomendadas e a quase totalidade dos fisioterapeutas (97%) escolhem (ou escolheriam) estratégias terapêuticas sem nenhuma recomendação. Quando comparados estes valores com auditorias clínicas, o autor verificou discrepâncias entre o reporte dos profissionais e o que os utentes realmente obtiveram como estratégias de tratamento. Desta forma embora 85% dos fisioterapeutas reportem usar tratamentos recomendados, as auditorias clínicas revelaram que 79% dos utentes recebem intervenções não recomendadas e 57% recebem tratamentos sem recomendação.

O não alinhamento da prática com as recomendações da evidência e a heterogeneidade das opções tomadas pode estar relacionada com a formação dos fisioterapeutas. O estilo e os resultados de aprendizagem dos estudantes em ciências da saúde são alvo de investigação desde 1970 e sabe-se que os professores/educadores que dominam estas noções e que reconhecem, compreendem e respondem aos estilos de aprendizagem dos seus estudantes, potenciam e otimizam a aquisição de importantes conceitos e informação (Stander et al., 2019). Para mais, as unidades de Educação Clínica (EC) no currículo de base que permitem a aplicação dos conceitos e construtos adquiridos de forma teórica pelos futuros fisioterapeutas numa prática em tempo real, são alvo de variabilidade na organização da unidade curricular, facto inerente à realidade da profissão no país e às estruturas que vão receber estes estudantes. Este facto parece explicar a heterogeneidade da EC de escola para escola e de país para país (Mccallum et al., 2013). Mais e melhor investigação é necessária quanto a este tema, sendo a realidade da formação em França e Portugal desconhecida neste aspeto.

Deste modo, o objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal acerca do conteúdo das normas de orientação clínica atuais na gestão da DCNE (Bier et al., 2018) e a sua integração no processo de tomada de decisão clínica. Especificamente, pretendeu-se comparar a adesão, definida como a tomada de decisões clínicas consistentes com as recomendações das NOCs

atuais para a DCNE, e o conhecimento, definido como saber da existência e do conteúdo das NOCs (Bier et al., 2018), entre estudantes finalistas de cursos de formação inicial ministrados em Portugal (dois cursos) e França (dois cursos).

Espera-se que os resultados deste estudo possam espelhar a realidade da formação de base da Fisioterapia nos dois países, no que diz respeito ao nível de conhecimento das NOC's para a gestão de utentes com DCNE e à adesão às suas recomendações práticas. Estes resultados quando cruzados com os dados sociodemográficos e profissionais poderão fornecer informação sobre o que pode influenciar a integração dos princípios para uma PIE pelos futuros fisioterapeutas. Esperamos igualmente que esta informação nos possa guiar na procura de homogeneidade da prática clínica em Fisioterapia e assim participar na busca de uma identidade única e global para a profissão.

2. Metodologia:

2.1. Desenho de estudo

Foi realizado um estudo transversal (“Cross Sectional Study”), acerca do processo de tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de fisioterapia em utentes com dor cervical não específica, com base em quatro cenários clínicos tipificados. A recolha de dados decorreu num período de 1 mês, entre o 3 de março e o 28 de março de 2025 para as escolas portuguesas e entre o 7 de abril e o 12 de maio de 2025 para as escolas francesas (período que foi alargado até ao 9 de junho pela falta de adesão das escolas francesas), correspondendo ao início do último semestre letivo de cada curso, com recurso a um questionário *online* desenvolvido para o efeito.

2.2. Amostra e recrutamento

O estudo foi realizado com base numa amostra de conveniência composta por estudantes finalistas inscritos no Curso de Fisioterapia de duas escolas em Portugal (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra) e de duas escolas em França (Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Montpellier et Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Université Claude Bernard à Lyon).

Em Portugal, os Curso de Licenciatura têm 4 anos de duração sendo que em França o novo plano de estudos, inclui um primeiro ano geral na Faculdade de Medicina seguido de 4 anos no Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie, com uma duração total de 5 anos, dando um Diplôme d’État de Masso-Kinésithérapie, conferindo o grau de Master I.

Foram incluídos para o estudo todos os estudantes finalistas inscritos no último ano dos referidos cursos. Excluíram-se do presente estudo estudantes não finalistas e fisioterapeutas diplomados.

O recrutamento dos participantes foi realizado em cada escola responsável por ministrar o curso. Foi enviado um convite à participação no estudo ao respetivo coordenador de curso que incluiu uma breve explicação do mesmo e um pedido de autorização para recolha de dados. Após obtenção da autorização, o investigador responsável pelo estudo deslocou-se às escolas geograficamente próximas e contactou por chamada telefónica e/ou vídeo as distantes, para divulgação do projeto e explicação do que se esperava da participação dos estudantes finalistas, valorizando a relevância do mesmo.

O estudo foi submetido, para parecer, à Comissão Ética do Instituto Politécnico de Setúbal (CE-IPS) para apreciação dos aspetos éticos inerentes ao mesmo, e da qual recebeu parecer positivo (PI nº 96A/2024 Anexo 1). O pedido à CE-IPS apenas disse respeito aos estudantes portugueses. Em França, a resposta do “comité d’éthique” foi a de que o tipo de estudo não necessitava de pedido de parecer ao mesmo, uma vez que não haveria lugar a recolha de dados biomédicos.

2.3. Instrumento de recolha de dados

A peça central deste estudo é um questionário (Apêndice 1), instrumento que permitiu a recolha dos dados de interesse e cuja interpretação possibilitou a resposta aos objetivos do estudo. Visto que o questionário foi administrado a estudantes finalistas em Portugal e em França, este foi elaborado nos dois idiomas e disponibilizado em formato *online* na plataforma *Lymesurvey*.

O questionário foi desenvolvido de acordo com as etapas propostas por Oppenheim (1992), Boynton (2004) e Boynton & Greenhalgh (2004): 1) elaboração das questões; 2) validação de conteúdo por painel de peritos; 3) estudo piloto.

Para avaliar o conhecimento e a adesão dos estudantes às recomendações das NOCs, a elaboração do questionário teve por base a estratégia desenvolvida por Rutten et. al. (2010) e Collige et al. (2016), ou seja, recorreu a vinhetas clínicas que representam simulações de diferentes tipologias de casos de dor cervical. A elaboração das questões e a seleção das opções de resposta foram informadas pelas NOCs de Bieret et al. (2018) e Blanpied et al. (2017b) e pelo estudo de Zadro et al. (2019).

A versão provisória do questionário foi organizada em 2 seções: A primeira seção continha questões de natureza sociodemográfica e questões relativas à experiência académica dos estudantes com utentes com condições músculo-esqueléticas e com dor cervical não específica e conhecimento acerca das NOCs. Na segunda seção foram apresentados 4 cenários clínicos (vinhetas) de diferentes perfis de utentes com DCNE, acompanhados de uma lista de opções de escolha sobre modalidades de avaliação, exames complementares de diagnóstico e modalidades de intervenção a selecionar.

Os cenários clínicos (vinhetas) foram desenvolvidos de acordo com o sistema de classificação da Task Force para a Dor Cervical Não Específica, e correspondem a diferentes

perfis de utentes representados nas normas de orientação clínica, bem como à variedade de casos tipicamente observados na prática profissional dos Fisioterapeutas (Carroll et al., 2009; Kazeminasabet al., 2022; Nordinet al., 2009; Rushtonet al., 2014).

Assim, na Vinheta 1 podemos observar elementos essenciais à caracterização do caso clínico como, utente do sexo feminino de 35 anos, fatores psicológicos (stress, insegurança e ansiedade) decorrentes do acidente. Apresenta dor mecânica com défice de mobilidade, sem irradiação nem impacto nas atividades da vida da utente. A utente possui crenças, relacionadas com o modelo estruturalista, de vértebra “deslocada” e possui competências e estratégias para gerir e reverter os sintomas.

Na Vinheta 2 podemos identificar num utente do sexo masculino de 42 anos, uma dor relacionada com modificações forçadas das condições de trabalho nomeadamente em relação a aspetos ergonómicos e posturais com ligeiro impacto no estilo de vida (sedentariedade) e nas atividades de vida diária e lazer. A dor não tem irradiação para os membros superiores embora o utente estabeleça relação com o aparecimento de dores de cabeça bem como com o movimento de “Smash” quando joga padel, o que tem um impacto na intensidade da dor e na durabilidade da mesma, nessa noite (sono), e no dia seguinte.

Na Vinheta 3 observamos uma utente do sexo feminino de 28 anos, desportista, com uma dor cervical que não valoriza (por estar habituada). O que a preocupa é o facto de esta irradiar para o membro superior direito bem como as parestesias na mão e o impacto que têm no seu dia a dia, qualidade do sono e na prática do Rugby, desporto que pratica a nível amador.

Por fim na Vinheta 4 podemos observar o caso de uma adolescente de 17 anos do sexo feminino que caiu ao montar a cavalo no treino da manhã. Após o trauma a utente apresenta-se na consulta com um colar cervical e com fortes dores cervicais e de cabeça. Não são referidas dores nos membros superiores ou inferiores, embora esteja presente uma sensação “esquisita” associada a uma sensação de falta de equilíbrio. A utente refere igualmente perda de apetite e que a posição de deitada com os olhos fechados é a única que alivia os sintomas.

A lista de opções de escolha sobre modalidades de avaliação, exames complementares de diagnóstico e modalidades de intervenção foi informada pelas Normas de Orientação Clínica de (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017). Adicionalmente, e para as modalidades de intervenção, utilizou-se o estudo de (J. Zadro et al., 2019), sendo que dessa listagem constavam opções recomendadas, não recomendadas e sem recomendação (ver tabelas 1 e 2 no capítulo

da introdução e Apêndice 2 e 3). Para estabelecer o padrão de resposta critério, indicativo de adesão às recomendações das Normas de Orientação Clínica, considerou-se:

- **Modalidades de Avaliação-** O critério “recomendado” foi atribuído às modalidades de avaliação sobre as quais existe consenso das duas Normas de Orientação Clínica utilizadas como referência (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a). O critério “não recomendado” foi atribuído às modalidades de avaliação sobre as quais existe uma referência explícita de não recomendação ou ausência de recomendação (sem recomendação), em pelo menos uma das Normas de Orientação Clínica utilizadas como referência (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a).
- **Modalidades de Intervenção/ Tratamento-** O critério “recomendado” foi atribuído às modalidades de avaliação sobre as quais existe consenso nas duas Normas de Orientação Clínica utilizadas como referência (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a), em conjunto com o estudo de Zadro et al., (2019). O critério “não recomendado” foi atribuído às modalidades de avaliação sobre as quais existe uma referência explícita de não recomendação ou ausência de recomendação (sem recomendação), em pelo menos uma das Normas de Orientação Clínica utilizadas como referência (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a), em conjunto com o estudo de Zadro et al., (2019).
- **Exames Complementares de Diagnóstico -** Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, não foi possível estabelecer um critério padrão, uma vez que este assunto é abordado de forma diferente nas NOC's de Blanpied et al., (2017) e de Bier et al., (2018). Bier et al., (2018) aborda os exames complementares de diagnóstico, de forma geral e apenas quando estão presentes *red flags*. Por outro lado, Blanpied et al., (2017), é bastante mais concreto e organiza as suas recomendações de acordo com a classificação da *task force* que gradua a DCNE de I a IV. Dadas as inconsistências, optou-se por não incluir estes resultados na seção da apresentação dos resultados e disponibilizá-los no Apêndice 3.

Para inclusão no questionário, a lista de opções foi idêntica para as 4 vinhetas, mas as modalidades de avaliação e intervenção recomendadas/não recomendadas diferiram entre vinhetas (por exemplo, as opções recomendadas para as modalidades de avaliação são idênticas para a vinheta 1 e 2, mas diferentes relativamente à vinheta 3 e 4 - ver tabelas 1 e 2 no capítulo da introdução).

Com base na informação fornecida em cada vinheta, foi solicitado aos estudantes que assinalassem na lista as modalidades de avaliação que julgavam adequadas utilizar, os exames complementares de diagnóstico que consideravam relevantes solicitar ou aconselhar, e as modalidades de intervenção que selecionariam para tratamento.

2.3.1. Validação facial e de conteúdo do questionário

A versão preliminar do questionário foi sujeita a validação facial e de conteúdo por um painel de 4 peritos (experts identificados com pelo menos 10 anos de experiência de prática clínica em utentes com dor cervical). Foi pedido aos peritos para preencherem e analisarem o questionário de forma a perceber como é que os futuros participantes do estudo poderiam interpretar e responder aos respetivos itens (validade facial), bem como se os conceitos de interesse do construto estão devidamente representados no questionário através de questões relevantes e pertinentes, sem impacto negativo na clareza e compreensão do mesmo (validade de conteúdo) (Bolarinwa, 2015; Devon et al., 2007).

O convite aos peritos (Apêndice 4) foi realizado através de e-mail onde foi solicitada a colaboração na avaliação do questionário baseando-se numa grelha de avaliação anexada à carta convite (Apêndice 5). Esta continha duas partes, a primeira tinha por objetivo de caracterizar os peritos com informações como a idade, qualificações académicas, tempo de prática em condições músculo-esqueléticas, local de prática e região onde exerce. A segunda parte pretendia avaliar a clareza, compreensão e pertinência das questões, identificar eventuais perguntas problemáticas, determinar razões subjacentes, e registar as soluções propostas com a inclusão de comentários e/ou sugestões de alteração face às questões propostas (Bolarinwa, 2015).

Os peritos identificaram a necessidade de melhorias na semântica, rigor científico, pontuação e formatação, tendo sido introduzidas alterações no vocabulário e na organização visual das opções de resposta. Termos leigos foram substituídos por terminologia científica adequada (ex.: “braço” por “membro superior”; “pescoço” por “região cervical”), e algumas expressões foram reformuladas de modo a garantir maior precisão (ex.: “consultou” por “prestou cuidados de fisioterapia”). Adicionalmente, a apresentação das opções de resposta da Secção I foi modificada de formato horizontal para vertical, melhorando a legibilidade.

No que respeita à representatividade dos itens, foi reformulada a redação de questões que poderiam induzir a interpretações incorretas sobre as competências do fisioterapeuta. Assim, a questão relativa aos exames complementares de diagnóstico foi alterada para referir

explicitamente que a prescrição é da competência médica, conforme as normas de orientação clínica.

Foram ainda ajustadas as opções de resposta da Secção II, com modificações terminológicas e reorganização em grupos de modalidades de intervenção (Educação, Terapia Manual, Exercício, Eletroterapia, Referenciação). Algumas opções foram acrescentadas ou especificadas, como “Exercícios de controlo motor com Biofeedback de pressão (Stabilizer)”, enquanto outras foram adaptadas por questões de rigor ou adequação profissional, como a substituição de “Terapia cognitivo-comportamental” por “Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)”. A nomenclatura de técnicas de mobilização e de exames neurológicos foi igualmente clarificada, e adotou-se a dupla designação português/inglês em termos técnicos menos comuns (ex.: “Punção seca/Dry needling”).

Foram também introduzidas melhorias sugeridas pelos peritos francófonos, nomeadamente a inclusão da opção “Nenhum” na questão 2 da Secção II, bem como correções de gramática e construção frásica.

2.3.2. Estudo Piloto

Após a validação facial e de conteúdo, foi realizado um estudo piloto com uma amostra de 20 estudantes, 10 estudantes de uma escola portuguesa e 10 de uma escola francesa, com características próximas dos futuros participantes do estudo, ou seja, do ano anterior ao ano final de curso. O estudo piloto teve como objetivo o teste da acessibilidade ao questionário nomeadamente na plataforma *Limesurvey*, a definição do tempo necessário para preenchimento, bem como reforçar a avaliação da clareza, compreensão e pertinência das questões, se existe duplo sentido nas respostas ou identificar a necessidade de alterar a formulação de alguma questão e/ou resposta. Para o efeito foi enviada uma carta convite à participação no estudo piloto (Apêndice 6) assim como uma grelha de avaliação (Apêndice 7) do questionário e respetivas instruções para o seu preenchimento (Oppenheim, 1992). O questionário ficou disponível para preenchimento *online* durante 4 semanas.

A principal dificuldade identificada prendeu-se com a expressão “posição de *mêlée*”, já referida na fase de validação por peritos como potencialmente desconhecida para alguns estudantes. Para colmatar esta limitação, a vinheta clínica correspondente foi revista, especificando a posição da jogadora como “pilar esquerdo (1ª Linha)” e clarificando a fase do

jogo como “formação ordenada (mêlée/scrum)”, acrescentando também as designações em francês e inglês.

Estas etapas de validação e pré-teste asseguraram que o questionário final apresentasse maior clareza, rigor científico, adequação cultural e representatividade, contribuindo para a validade de conteúdo do instrumento utilizado no presente estudo.

2.4 Recolha de dados

Após identificação dos critérios de inclusão/exclusão e o preenchimento do consentimento informado (Apêndice 9), os dados foram recolhidos através de um questionário cujo *link* de acesso foi partilhado através de email. Para cada participante foi gerado um código associado ao endereço institucional de e-mail. De forma a não se ter acesso ao contato de cada estudante, foi o coordenador do curso a enviar o convite para o correio eletrónico para os respetivos estudantes.

A primeira página do questionário incluiu uma explicação resumida do estudo, informação sobre os aspetos éticos, e o respetivo código de participação (Apêndice 8). No texto introdutório foi garantida a natureza voluntária da participação, a possibilidade de recusa na resposta a qualquer questão, e a possibilidade de abandonar o preenchimento do questionário a qualquer momento, sem quaisquer desvantagens ou constrangimentos. Foram ainda descritos os procedimentos para garantir o anonimato, confidencialidade e proteção dos dados. O endereço IP dos participantes não foi registado nem armazenado, pelo que as respostas permaneceram anónimas. No final, foi solicitado o consentimento informado ao participante, documento que assinou em formato digital antes de poder prosseguir com o preenchimento do questionário.

O questionário ficou disponível para preenchimento online durante 2 meses, sendo que durante este período foram enviados 4 emails para reforço do seu preenchimento.

2.5 Análise dos dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 30.0, através de estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra, nomeadamente nos aspetos

demográficos e experiência académica dos estudantes com utentes com condições músculo-esqueléticas e com dor cervical não específica e principais opções de tomada de decisão.

No caso das variáveis nominais/catóricas, utilizaram-se as frequências relativas e absolutas e, no caso das variáveis contínuas, recorreu-se a medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão e intervalos máximos e mínimos).

Relativamente às opções de tomada de decisão dos estudantes, estas foram agregadas por escola/país em frequências absolutas e relativas, procedendo-se depois à comparação das tendências entre países. Para testar a associação (ou independência) entre a formação dos estudantes finalistas (Portugal vs. França) e cada uma das opções seleccionadas nas modalidades de avaliação e de intervenção, recorreu-se ao teste do qui-quadrado (χ^2) (Marôco, 2018). Nos casos em que não se verificavam as condições de aplicabilidade do teste de qui-quadrado (frequências esperadas inferiores a 5), utilizou-se o teste exato de Fisher (Marôco, 2018). Tendo em conta a dicotomização dos dados, foi utilizado o coeficiente de correlação bivariado Phi (ϕ) para determinar a força de associação entre as variáveis com relação estatisticamente significativa. O nível de significância estatística dos testes foi determinado como $p \leq 0,05$.

Posteriormente, e para avaliar a adesão dos participantes às recomendações das Normas de Orientação Clínica, as pontuações destes foram comparadas com as respostas padrão baseadas nas NOC de referência. Para isso, as respostas aos itens do questionário foram expressas como o número de estudantes finalistas, de cada país, que escolheram cada resposta concordante com a recomendação. Em seguida, calculou-se a proporção de respostas em concordância com o padrão de critério baseado nas NOCs, item a item. Por fim, e para cada domínio de interesse (avaliação e intervenção), e para cada vinheta, somou-se o número total de respostas seleccionadas e não seleccionadas dos estudantes que estavam em conformidade com o critério e, em seguida, dividiu-se pelo número total de respostas, da seguinte forma:

Percentagem de concordância = total de respostas corretas seleccionadas + total de respostas corretas não seleccionadas / total de respostas possíveis.

Collinge et al., (2013)

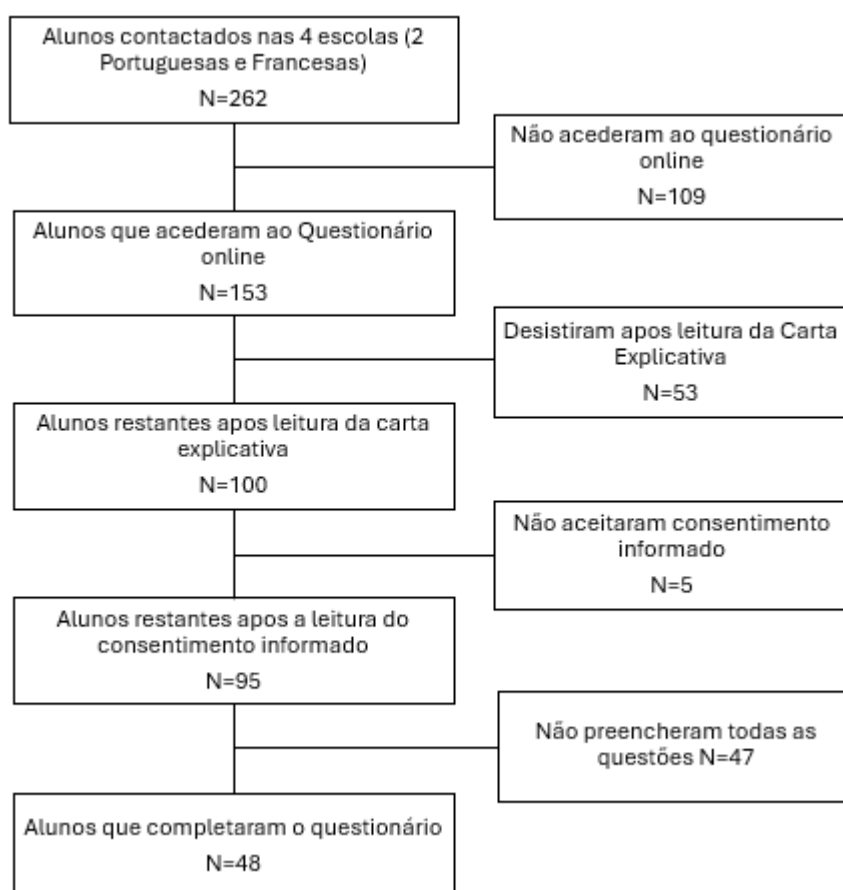
A percentagem de concordância com a resposta padrão baseadas nas NOC de referência para as modalidades de avaliação e intervenção foi comparada entre os estudantes dos dois países e entre os estudantes que reportaram conhecimento e desconhecimento da inclusão das NOC no plano de estudos. Uma vez que não se observou a normalidade na distribuição das variáveis, conforme avaliado pelo teste de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$), as comparações entre estes

grupos foram testadas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, com alfa definido em 0,05.

3. Apresentação dos Resultados

De um total de 262 estudantes finalistas inscritos nas 4 escolas (2 portuguesas e 2 francesas), que foram inicialmente convidados a participar no estudo, 153 estudantes acederam ao questionário online, sendo que 53 desistiram após a leitura da carta explicativa (36 portugueses e 17 franceses), e 5 não assinaram o consentimento informado. Dos restantes 95 participantes, 47 não completaram todas as questões e foram excluídos. Assim, a amostra final deste estudo é constituída por 48 estudantes, 29 são das escolas portuguesas e 19 de escolas francesas, como ilustrado no Fluxograma (figura 1).

Figura 1. Fluxograma do Estudo.



3.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

A amostra deste estudo é constituída maioritariamente por estudantes do sexo feminino (n=33; 68,75%), com idades que variaram entre 21 e 37 anos (tabela 3).

Tabela 3. Características sociodemográficas dos participantes, amostra total e por país.

		Amostra Total (n= 48)	Escolas portuguesas (n= 29)	Escolas francesas (n= 19)
Idade (Média ($\pm$ Desvio padrão))		22,58 ($\pm$ 2,61)	21,97 ($\pm$ 2,96)	23,53 ($\pm$ 1,53)
Sexo (Frequência absoluta (%))	Masculino	15	11 (37,9)	4 (21,1)
	Feminino	33	18 (62,1)	15 (78,9)

3.2 Experiência académica dos estudantes com utentes com condições músculo-esqueléticas e com dor cervical não específica.

Na tabela 4, é possível observar que o “número de períodos de estágio” e o “número de horas de estágio” com utentes com condições músculo-esqueléticas (CME), é tendencialmente maior nos cursos ministrados nas escolas francesas. A maioria dos estudantes finalistas das escolas francesas (94,7%) teve um número de períodos de estágio igual ou superior a 3, em contraste com a maioria dos estudantes finalistas das escolas portuguesas (72,4%) que reportou menos de 3 períodos de estágio com utentes com condições músculo-esqueléticas (CME).

Os resultados observados quanto ao “número de utentes com DCNE aos quais prestaram cuidados de fisioterapia durante os períodos de estágio/educação clínica” sugerem igualmente maior exposição e experiência dos estudantes finalistas franceses a utentes com DNCE. Com efeito, a maioria (82,8%) dos estudantes dos cursos ministrados em Portugal reportou ter prestado cuidados de fisioterapia a menos de 5 utentes com DCNE, enquanto a maioria (73,7%) dos estudantes dos cursos franceses reportou ter tido contacto com 5 ou mais utentes com esta condição.

Tabela 4. Experiência académica dos estudantes com utentes com condições músculo-esqueléticas e com DCNE.

		Amostra Total (n= 48)	Escolas portuguesas (n= 29)	Escolas francesas (n= 19)
Períodos de estágio/educação clínica com pacientes com CME (Frequência absoluta (%))	<3	22	21 (72,4)	1 (5,3)
	≥3	26	8 (27,6)	18 (94,7)
Nº de horas de estágio/educação clínica com pacientes com CME (Frequência absoluta (%))	≤60h	8	8 (27,6)	0(0)
	>60	40	21 (72,4)	19 (100)
Nº de utentes com DCNE (Frequência absoluta (%))	<5	29	24 (82,8)	5 (26,3)
	≥5	19	5 (11,2)	14 (73,7)
Formação em NOCs para pacientes com DCNE (Frequência absoluta (%))	Sim	22	12 (41,4)	10 (52,6)
	Não	26	17 (58,6)	9 (47,4)

Por fim, e quando questionados sobre a inclusão das recomendações/ não recomendações das NOCs atuais para a avaliação e tratamento de utentes com DCNE, os valores percentuais de resposta afirmativa são similares entre os dois países (52,6% e 41,4% dos estudantes franceses e portugueses, respetivamente, referem ter tido acesso às NOCs), e parecem refletir elevada incerteza quanto à sua inclusão no plano de estudos.

3.3 Principais modalidades de avaliação selecionadas

As respostas dos estudantes finalistas dos dois países diferem quanto ao alinhamento com as modalidades de avaliação recomendadas para o perfil de utentes descrito nas vinhetas 1 a 2 (tabela 5). Nos estudantes portugueses, a seleção das modalidades de avaliação está globalmente alinhada com as recomendações das NOCs e praticamente não difere da vinheta 1

para a vinheta 2. A exceção é a recomendação da utilização de “Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais”, parâmetro selecionado apenas por 17,2% dos estudantes. Ao contrário, a maioria dos estudantes franceses não selecionou as modalidades recomendadas pelas NOCs para o perfil de utente retratado na vinheta 1, nomeadamente, “Instrumentos de avaliação objetiva”, “Instrumentos de autopreenchimento (PROMs)”. Ao contrário, estes estudantes, na sua maioria (78,9%), selecionaram Testes Específicos, que é uma modalidade de avaliação não recomendada.

Com efeito, na vinheta 1, observou-se uma associação estatisticamente significativa, moderada, entre a escolha dos instrumentos de avaliação objetiva e os instrumentos de autopreenchimento (PROMs) e o país de origem dos estudantes ($\phi = -0,559$, $p < 0,001$ e $\phi = -0,341$, $p = 0,018$ respetivamente), com maior frequência de respostas alinhadas com as recomendações entre os estudantes portugueses comparativamente aos franceses. Foram também observadas associações estatisticamente significativas, moderadas, entre a escolha de testes específicos e do teste de flexão-rotação e o país ($\phi = -0,307$, $p = 0,041$ e $\phi = 0,341$, $p = 0,018$ respetivamente), aqui com maior frequência de respostas por parte dos estudantes finalistas franceses (Tabela 5).

Na segunda vinheta clínica, verifica-se a existência de uma associação moderada entre a escolha dos instrumentos de avaliação objetiva e os instrumentos de autopreenchimento (PROMs) e o país de origem dos estudantes ($\phi = -0,418$, $p = 0,005$ e $\phi = -0,324$, $p = 0,025$ respetivamente), com maior frequência de respostas alinhadas com as recomendações entre os estudantes portugueses comparativamente aos franceses (Tabela 5). Por outro lado, observa-se uma associação moderada entre a escolha de testes específicos, e do teste de endurance dos flexores do pescoço e crânio-cervicais, e o país ($\phi = 0,307$, $p = 0,033$ e $\phi = 0,303$, $p = 0,036$ respetivamente), desta vez com maior frequência de respostas por parte dos estudantes finalistas franceses.

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa das respostas concordantes com as modalidades de avaliação recomendadas.

Modalidades de Avaliação	Vinheta 1			Vinheta 2			Vinheta 3			Vinheta 4		
	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value
Instrumentos de avaliação objetiva - n (%)	25 (86,2)	6 (31,6)	$p<0,001$	25 (86,2)	9 (47,4)	$p=0,004$	23 (79,3)	10 (52,6)	$p=0,051$	9 (31,0)	4 (21,1)	$p=0,522^{(1)}$
Instrumentos de auto-preenchimento (PROMs)- n (%)	22 (75,9)	8 (26,7)	$p=0,018$	24 (82,8)	10 (57,6)	$p=0,025$	20 (69,0)	9 (47,4)	$p=0,135$	18 (62,1)	17 (89,5)	$p=0,049^{(1)}$
Identificação/exclusão de Red Flags- n (%)	27 (93,1)	19 (100,0)	$p=0,242$	27 (93,1)	19 (100)	$p=0,242$	26 (89,7)	19 (100)	$p=0,148$	20 (69)	14 (73,7)	$p=0,725$
Avaliação de movimentos ativos- n (%)	27 (93,1)	19 (100,0)	$p=0,242$	26 (89,7)	19 (100)	$p=0,148$	24 (82,8)	19 (100)	$p=0,056$	20 (69)	16 (84,2)	$p=0,316^{(1)}$
Avaliação de movimentos passivos- n (%)	27 (93,1)	16 (84,2)	$p=0,324$	24 (82,8)	17 (89,5)	$p=0,519$	24 (82,8)	15 (51,7)	$p=0,741$	21 (72,4)	17 (89,5)	$p=0,276^{(1)}$
Testes de mobilidade segmentar cervical- n (%)	21 (72,41)	10 (57,6)	$p=0,161$	17 (58,6)	14 (73,7)	$p=0,286$	17 (58,6)	14 (73,7)	$p=0,286$	22 (75,9)	17 (89,5)	$p=0,286^{(1)}$
Testes de mobilidade segmentar torácica- n (%)	9 (31,0)	10 (57,6)	$p=0,135$	8 (27,6)	9 (47,4)	$p=0,161$	12 (41,4)	9 (47,4)	$p=0,683$	26 (89,7)	18 (94,7)	$p=1,000^{(1)}$
Testes específicos- n (%)	15 (51,7)	4 (21,1)	$p=0,041^{(1)}$	14 (48,3)	15 (51,7)	$p=0,034$	18 (62,1)	18 (94,7)	$p=0,011$	22 (75,9)	16 (84,2)	$p=0,719^{(1)}$
Teste de Flexão-Rotação - n (%)	7 (24,1)	11 (57,9)	$p=0,018$	8 (27,6)	8 (42,1)	$p=0,297$	3 (10,3)	9 (47,4)	$p=0,006^{(1)}$	27 (93,1)	18 (94,7)	$p=1,000^{(1)}$
Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais - n (%)	5 (17,2)	5 (26,3)	$p=0,449$	8 (27,6)	11 (57,9)	$p=0,036$	2 (6,9)	8 (42,1)	$p=0,008^{(1)}$	28 (96,6)	18 (94,7)	$p=1,000^{(1)}$
Teste de dor/pressão com algômetro- n (%)	26 (89,7)	14 (73,7)	$p=0,147$	1 (3,4)	4 (21,1)	$p=0,072^{(1)}$	2 (6,9)	5 (26,3)	$p=0,097^{(1)}$	29 (100)	17 (89,5)	$p=0,152^{(1)}$
Teste Neurológico do membro superior- n (%)	19 (65,5)	7 (36,8)	$p=0,051$	11 (37,9)	9 (47,4)	$p=0,517$	24 (82,8)	18 (94,7)	$p=0,220$	23 (79,3)	13 (68,4)	$p=0,394$
Referenciar para consulta médica- n (%)	24 (82,8)	15 (78,9)	$p=0,7041$	3 (10,3)	3 (15,8)	$p=0,669^{(1)}$	12 (41,4)	10 (52,6)	$p=0,444$	21 (72,4)	16 (84,2)	$p=0,342$

Legenda: A verde, células com modalidades de avaliação recomendadas pelas NOCs ¹ Fisher Exact test. A negrito $p \leq 0,05$.

Para o perfil de utente descrito na vinheta 3, e com exceção dos Testes de mobilidade segmentar torácica (41,4%), Teste de Flexão-Rotação (10,3%), Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (6,9%) e Teste de dor/pressão com algómetro (6,9%), a seleção das modalidades de avaliação da maioria dos estudantes finalistas portugueses continua alinhada com as recomendações das NOCS. Para este perfil, a maioria dos estudantes franceses, com exceção da seleção de Instrumentos de auto-preenchimento (PROMs) (47,4%), Teste de Flexão-Rotação (47,4%), Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (42,1%) e Teste de dor/pressão com algómetro (26,3%), fez escolhas alinhadas com as recomendações das NOCS. Nesse sentido, apenas se observaram associações significativas, moderadas entre a escolha dos testes específicos ($\phi = 0,369$, $p = 0,016$), do teste de flexão-rotação ($\phi = 0,418$, $p = 0,006$) e do teste de endurance dos músculos flexores cervicais ($\phi = 0,424$, $p = 0,008$) e o país, com maior frequência de respostas alinhadas por parte dos estudantes finalistas franceses (Tabela 5).

Relativamente ao perfil de utente retratado na vinheta 4, e com exceção da seleção de “instrumentos de avaliação objetiva” (31% dos estudantes portugueses vs 21,1% dos estudantes franceses, respetivamente), a maioria dos estudantes de ambos os países está alinhada com as recomendações das NOCs. Quanto a modalidades de avaliação não recomendadas, apenas a seleção de Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale) apresentou uma associação moderada entre esta variável e o país (89,5% vs 62,1%; $\phi = -0,302$, $p = 0,049$), com maior frequência de respostas por parte dos estudantes finalistas franceses (Tabela 5).

3.4 Principais modalidades de intervenção selecionadas

Ao contrário das modalidades de avaliação onde se observou pouca variação na seleção das modalidades entre as vinhetas 1 e 3, na seleção das modalidades de intervenção existem mais diferenças entre vinhetas e entre países, e menor alinhamento das opções selecionadas com as recomendações das NOCs.

Relativamente à seleção das modalidades de intervenção para os diferentes perfis de utente (Vinheta 1 a 4), não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a maioria das modalidades recomendadas pelas NOCs, e os estudantes finalistas de cada país ($p > 0,05$). Assim, e para a Vinheta 1, observaram-se associações estatisticamente significativas, moderadas, na seleção da manipulação cervical (31,6% vs 6,9% $\phi = 0,324$, $p = 0,045$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes finalistas franceses, e na seleção da mobilização acessória cervical (65,5% vs 15,8%; ϕ

= -0,488, $p=0,001$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes finalistas portugueses (Tabela 6).

Na vinheta 2, mantiveram-se as associações estatisticamente significativas, moderadas, na seleção da manipulação cervical (36,8% vs 10,3%; $\phi = 0,319$, $p=0,036$), e na seleção mobilização acessória cervical (62,1% vs 21,1%; $\phi = -0,403$, $p=0,008$), e observaram-se adicionalmente, associações estatisticamente significativas, moderadas, na seleção dos exercícios de endurance (52,6% vs 17,2%; $\phi = 0,373$, $p=0,010$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes finalistas franceses, e moderadas a fracas, na seleção de exercícios de mobilidade (ROM) (75,9% vs 47,4%; $\phi = -0,291$, $p=0,044$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes finalistas portugueses (Tabela 6).

Na vinheta 3, e relativamente ao alinhamento com as modalidades recomendadas, observaram-se associações estatisticamente significativas, moderadas, na seleção de manipulação cervical (52,6% vs 10,3%; $\phi = 0,465$, $p=0,002$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes finalistas franceses. Observaram-se ainda associações estatisticamente significativas, moderadas, na seleção da Educação -Aconselhamento para se manter ativo (44,8% vs 0%; $\phi = -0,493$; $p<0,001$), mobilização fisiológica cervical (55,2% vs 21,1%; $\phi = -0,338$; $p=0,035$), e exercícios de mobilidade (ROM) (55,2% vs 10,5%; $\phi = -0,451$; $p=0,002$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes portugueses. Por fim, e na Vinheta 4, e no que diz respeito às modalidades de intervenção recomendadas, não se observaram associações estatisticamente significativas entre países (Tabela 6).

Já no que diz respeito à seleção de modalidades não recomendadas, e para a Vinheta 1, observaram-se associações estatisticamente significativas na seleção de técnicas de relaxamento, (89,5% vs 62,1%; $\phi = 0,302$, $p=0,049$), tração cervical (47,4% vs 0%; $\phi = 0,593$, $p<0,001$), técnicas de McKenzie (31,6% vs 6,9%; $\phi = 0,324$, $p=0,025$), e exercícios de força (89,5% vs 58,6%; $\phi = -0,332$, $p=0,026$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes finalistas franceses. Na vinheta 2, mantiveram-se as associações estatisticamente significativas, fortes, na seleção da tração cervical (42,1% vs 0%; $\phi = -0,553$, $p<0,001$) e na seleção de técnicas do método McKenzie (68,4 vs 3,4%, %, $\phi = -0,699$ $p<0,001$) e na seleção de exercícios de controle motor com *biofeedback* (26,3% vs 3,4%; $\phi = -0,338$, $p=0,030$) e o país, com os estudantes franceses a apresentarem maior frequência de escolha (Tabela 6).

Na vinheta 3, observaram-se associações estatisticamente significativas, moderadas, na seleção de técnicas de mobilização com movimento (MWM) (31,6% vs 3,4%; $\phi = 0,390$, $p=0,011$), exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*) (26,3% vs 3,4%; $\phi = 0,338$, $p=0,030$),

técnicas de eletroterapia como o TENS, ultrassom ou diatermia (42,1% vs 0%; $\phi = 0,553$, $p < 0,001$), laser (36,8% vs 0%; $\phi = 0,510$, $p < 0,001$) e terapia campo magnético (36,8% vs 0%; $\phi = 0,553$, $p < 0,001$), e referência para osteopata ou quiropata (26,3% vs 0%; $\phi = 0,421$ $p = 0,004$), e fortes na seleção do método McKenzie (78,9% vs 0%, $\phi = -0,833$ $p < 0,001$), com maior frequência de escolha por parte dos estudantes finalistas franceses, e, em certas modalidades, com nenhuma adesão de escolha por parte dos estudantes portugueses (Tabela 6). Observaram-se ainda associações estatisticamente significativas, moderadas, na seleção de técnicas de relaxamento (37,9% vs 0% %; $\phi = 0,441$, $p < 0,002$), técnicas de neurodinâmica (mobilização neural) (69% vs 10,5%; $\phi = -0,574$, $p < 0,001$), e o país, aqui com os estudantes portugueses a apresentarem maior frequência de escolha (Tabela 6).

Na Vinheta 4, e ainda relativamente a intervenções não recomendadas, apenas a seleção da referência para osteopata ou quiropata, mostrou uma associação estatisticamente significativa, moderada (31,6% vs 6,9%; $\phi = 0,324$, $p = 0,025$), e com maior frequência de escolha por parte dos estudantes franceses (Tabela 6).

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa das respostas concordantes com as modalidades de intervenção recomendadas.

Modalidades de Intervenção	Vinheta 1			Vinheta 2			Vinheta 3			Vinheta 4		
	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value
Relaxamento- n (%)	11 (37,9)	2 (10,5)	<i>p=0,037</i>	11 (37,9)	8 (42,1)	<i>p=0,772</i>	18 (62,1)	19 (100)	<i>p=0,002⁽¹⁾</i>	25 (86,2)	12 (63,2)	<i>p=0,085⁽¹⁾</i>
Colar Cervical (imobilização) - n (%)	29 (100)	18 (94,7)	<i>p=0,396⁽¹⁾</i>	29 (100)	19 (100)	<i>Constante</i>	20 (100)	17 (89,5)	<i>p=0,152⁽¹⁾</i>	24 (82,8)	11 (57,9)	<i>p=0,058</i>
Educação (Aconselhamento de Repouso) - n (%)	24 (82,8)	16 (84,2)	<i>p=1,000⁽¹⁾</i>	27 (93,1)	18 (94,7)	<i>p=1,000⁽¹⁾</i>	22 (75,9)	13 (68,4)	<i>p=0,571</i>	26 (89,7)	18 (94,7)	<i>p=1,000⁽¹⁾</i>
Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição) - n (%)	24 (82,8)	15 (78,9)	<i>p=0,741</i>	23 (79,3)	14 (73,7)	<i>p=0,650</i>	9 (31,0)	4(21,1)	<i>p=0,447</i>	19 (65,5)	14 (73,7)	<i>p=0,551</i>
Educação (Aconselhamento e orientação postural) - n (%)	17 (58,6)	8 (42,1)	<i>p=0,263</i>	19 (65,5)	13 (68,4)	<i>p=0,835</i>	18 (62,1)	11 (57,9)	<i>p=0,772</i>	23 (79,3)	17 (89,5)	<i>p=0,451⁽¹⁾</i>
Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho) - n (%)	14 (48,3)	12 (63,2)	<i>p=0,312</i>	24 (82,8)	16 (84,2)	<i>p=0,895</i>	11 (37,9)	7 (36,8)	<i>p=0,939</i>	25 (86,2)	18 (94,7)	<i>p=0,635⁽¹⁾</i>
Educação (Baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental) - n (%)	22 (75,9)	13 (68,4)	<i>p=0,571</i>	8 (27,6)	5 (26,3)	<i>p=0,923</i>	7 (24,1)	3 (15,8)	<i>p=0,719⁽¹⁾</i>	25 (86,2)	18 (94,7)	<i>p=0,635⁽¹⁾</i>
Educação (Aconselhamento para se manter ativo) - n (%)	16 (55,2)	12 (63,2)	<i>p=0,583</i>	21 (72,4)	16 (84,2)	<i>p=0,342</i>	13 (44,8)	0 (0)	<i>p<0,001⁽¹⁾</i>	25 (86,2)	19 (100)	<i>p=0,142⁽¹⁾</i>
Manipulação cervical- n (%)	2 (6,9)	6 (31,6)	<i>p=0,045⁽¹⁾</i>	3 (10,3)	7 (36,8)	<i>p=0,036⁽¹⁾</i>	3 (10,3)	10 (52,6)	<i>p=0,002⁽¹⁾</i>	27 (93,1)	17 (89,5)	<i>p=1,000⁽¹⁾</i>
Manipulação torácica- n (%)	0 (0,0)	3 (15,8)	<i>p=0,056⁽¹⁾</i>	0 (0,0)	3 (15,8)	<i>p=0,056⁽¹⁾</i>	1 (3,4)	4 (21,1)	<i>p=0,072⁽¹⁾</i>	29 (100)	17 (89,5)	<i>p=0,152⁽¹⁾</i>
Mobilização fisiológica cervical- n (%)	17 (58,6)	16 (84,2)	<i>p=0,061</i>	20 (69,0)	13 (68,4)	<i>p=0,968</i>	16 (55,2)	4 (21,1)	<i>p=0,035⁽¹⁾</i>	24 (82,8)	17 (89,5)	<i>p=0,687⁽¹⁾</i>
Legenda: A verde, células com modalidades de avaliação recomendadas pelas NOCs ¹ Fisher Exact test. A negrito $p \leq 0,05$.												

Tabela 6. (Cont.) Frequência absoluta e relativa das respostas concordantes com as modalidades de intervenção recomendadas.

Modalidades de Intervenção	Vinheta 1			Vinheta 2			Vinheta 3			Vinheta 4		
	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value	Portugal (n=29)	França (n=19)	<i>p</i> value
Mobilização acessória cervical- n (%)	19 (65,5)	3 (15,8)	<i>p</i> =0,001 ⁽¹⁾	18 (62,1)	4 (21,1)	<i>p</i> =0,008 ⁽¹⁾	14 (48,3)	11 (57,9)	<i>p</i> =0,514	25 (86,2)	16 (84,2)	<i>p</i> =1,000 ⁽¹⁾
Mobilização fisiológica torácica- n (%)	7 (24,1)	7 (36,8)	<i>p</i> =0,344	8 (27,6)	6 (31,6)	<i>p</i> =0,766	8 (27,6)	5 (26,3)	<i>p</i> =0,923	28 (96,6)	16 (84,2)	<i>p</i> =0,286 ⁽¹⁾
Mobilização acessória torácica- n (%)	5 (17,2)	1 (5,3)	<i>p</i> =0,381 ⁽¹⁾	7 (24,1)	3 (15,8)	<i>p</i> =0,719 ⁽¹⁾	5 (17,2)	7 (36,8)	<i>p</i> =0,125	28 (96,6)	17 (89,5)	<i>p</i> =0,554 ⁽¹⁾
Mobilização com movimento (MWM Mulligan) - n (%)	5 (17,2)	4 (21,1)	<i>p</i> =1,000 ⁽¹⁾	7 (24,1)	4 (21,1)	<i>p</i> =1,000 ⁽¹⁾	28 (96,6)	13 (68,4)	<i>p</i> =0,011 ⁽¹⁾	27 (93,1)	17 (89,5)	<i>p</i> =1,000 ⁽¹⁾
Tração cervical- n (%)	29 (100)	10 (52,6)	<i>p</i> <0,001 ⁽¹⁾	29 (100)	11 (57,9)	<i>p</i> <0,001 ⁽¹⁾	27 (93,1)	15 (78,9)	<i>p</i> =0,197 ⁽¹⁾	28 (96,6)	17 (89,5)	<i>p</i> =0,554 ⁽¹⁾
Neurodinâmica (mobilização neural) - n (%)	23 (79,3)	18 (94,7)	<i>p</i> =0,219 ⁽¹⁾	24 (82,8)	13 (68,4)	<i>p</i> =0,248	9 (31)	17 (89,5)	<i>p</i> <0,001 ⁽¹⁾	27 (93,1)	19 (100)	<i>p</i> =0,512 ⁽¹⁾
Massagem- n (%)	12 (41,4)	9 (47,4)	<i>p</i> =0,683	12 (41,4)	11 (57,9)	<i>p</i> =0,263	21 (72,4)	16 (84,2)	<i>p</i> =0,488 ⁽¹⁾	28 (96,6)	17 (89,5)	<i>p</i> =0,554 ⁽¹⁾
Técnicas de McKenzie- n (%)	27 (93,1)	13 (68,4)	<i>p</i> =0,045 ⁽¹⁾	28 (96,6)	6 (31,6)	<i>p</i> <0,001 ⁽¹⁾	29 (100)	4 (21,1)	<i>p</i> <0,001 ⁽¹⁾	29 (100)	17 (89,5)	<i>p</i> =0,152 ⁽¹⁾
Exercícios de controlo motor com Biofeedback de pressão (Stabilizer) - n (%)	29 (100)	16 (84,2)	<i>p</i> =0,056 ⁽¹⁾	28 (96,6)	14 (73,7)	<i>p</i> =0,030 ⁽¹⁾	28 (96,6)	14 (73,7)	<i>p</i> =0,030 ⁽¹⁾	29 (100)	17 (89,5)	<i>p</i> =0,152 ⁽¹⁾
Exercícios de mobilidade (ROM) - n (%)	22 (75,9)	11 (57,9)	<i>p</i> =0,189	22 (75,9)	9 (47,4)	<i>p</i> =0,044	16 (55,2)	2 (10,5)	<i>p</i> =0,002 ⁽¹⁾	24 (82,8)	17 (89,5)	<i>p</i> =0,687 ⁽¹⁾
Exercícios de Força- n (%)	12 (41,4)	2 (10,5)	<i>p</i> =0,026 ⁽¹⁾	14 (48,3)	5 (26,3)	<i>p</i> =0,128	11 (37,9)	8 (42,1)	<i>p</i> =0,772	26 (89,7)	19 (100)	<i>p</i> =0,267 ⁽¹⁾
Exercícios de controlo motor- n (%)	8 (27,6)	6 (31,6)	<i>p</i> =0,766	9 (31,0)	9 (47,4)	<i>p</i> =0,253	6 (20,7)	3 (15,8)	<i>p</i> =1,000 ⁽¹⁾	27 (93,1)	17 (89,5)	<i>p</i> =1,000 ⁽¹⁾

Legenda: A verde, células com modalidades de avaliação recomendadas pelas NOCs ¹ Fisher Exact test. A negrito *p*≤ 0,05.

Tabela 6. (Cont.) Frequência absoluta e relativa das respostas concordantes com as modalidades de intervenção recomendadas.

Modalidades de Intervenção	Vinheta 1			Vinheta 2			Vinheta 3			Vinheta 4		
	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value	Portugal (n=29)	França (n=19)	p value
Exercícios de endurance- n (%)	2 (6,9)	5 (26,3)	$p=0,097^{(1)}$	5 (17,2)	10 (52,6)	$p=0,010$	27 (93,1)	13 (68,4)	$p=0,045^{(1)}$	29 (100)	18 (94,7)	$p=0,396^{(1)}$
Exercícios de Flexibilidade- n (%)	11 (37,9)	4 (21,1)	$p=0,341^{(1)}$	14 (48,3)	9 (47,4)	$p=0,951$	7 (24,1)	7 (36,8)	$p=0,344$	28 (96,6)	17 (89,5)	$p=0,554^{(1)}$
TENS, Ultrasom, Diatermia- n (%)	29 (100)	18 (94,7)	$p=0,396^{(1)}$	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	11 (57,9)	$p<0,001^{(1)}$	28 (96,6)	17 (89,5)	$p=0,554^{(1)}$
Laser- n (%)	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	12 (63,2)	$p<0,001^{(1)}$	28 (96,6)	18 (94,7)	$p=1,000^{(1)}$
Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia- n (%)	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	12 (63,2)	$p<0,001^{(1)}$	28 (96,6)	18 (94,7)	$p=1,000^{(1)}$
Termoterapia (Calor vs frio) - n (%)	19 (65,5)	12 (63,2)	$p=0,867$	24 (82,8)	14 (73,7)	$p=0,449$	2 (6,9)	0 (0,0)	$p=0,512^{(1)}$	27 (93,1)	19 (100)	$p=0,512^{(1)}$
Acupuntura- n (%)	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante
Punção Seca (Dry Needling) - n (%)	29 (100)	18 (94,7)	$p=0,396^{(1)}$	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante
Referenciar para Médico de família- n (%)	29 (100)	16 (84,2)	$p=0,056^{(1)}$	28 (96,6)	16 (84,2)	$p=0,286^{(1)}$	27 (93,1)	19 (100)	$p=0,512^{(1)}$	2 (6,9)	2 (10,5)	$p=1,000^{(1)}$
Referenciar para Médico Especialista- n (%)	28 (96,6)	19 (100)	$p=1,000^{(1)}$	28 (96,6)	19 (100)	$p=1,000^{(1)}$	19 (65,5)	13 (68,4)	$p=0,835$	19 (65,5)	13 (68,4)	$p=0,835$
Referenciar para Osteopata ou Quiropata- n (%)	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	14 (73,7)	$p=0,007^{(1)}$	27 (93,1)	13 (68,4)	$p=0,045^{(1)}$
Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo- n (%)	29 (100)	18 (94,7)	$p=0,396^{(1)}$	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante	29 (100)	19 (100)	Constante

Legenda: A verde, células com modalidades de avaliação recomendadas pelas NOCs ¹ Fisher Exact test. A negrito $p \leq 0,05$.

3.5. Concordância com as NOCs nas modalidades de avaliação

De forma a perceber se as opções de escolha para as modalidades de avaliação estão em concordância com o conteúdo das NOCs foi feita uma análise global da concordância dos estudantes de cada país com as 13 modalidades de avaliação inquiridas, considerando os quatro casos clínicos (vinhetas), conforme descrito na Metodologia. A tabela 7 mostra que o grupo com maior percentagem de concordância com as recomendações das NOCs foi o dos estudantes das escolas finalistas portuguesas (vinheta 1) e o dos estudantes das escolas finalistas francesas (vinhetas 2, 3 e 4).

Tabela 7. Percentagem de concordância com as Normas de Orientação Clínica para o domínio das modalidades de avaliação.

	Estudantes finalistas Portugueses	Estudantes finalistas Franceses
Vinheta 1	0,714	0,571
Vinheta 2	0,520	0,595
Vinheta 3	0,549	0,660
Vinheta 4	0,759	0,814

Foi realizado um teste U de Mann-Whitney para comparar a percentagem de concordância das opções de avaliação seleccionadas com as NOCs, para cada uma das vinhetas, entre os estudantes finalistas portugueses e franceses. Na vinheta 1, houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($U=107$, $p<0,001$), isto é, o grupo “Estudantes finalistas Portugueses” apresentou médias de ordem de concordância superiores ($M_{\text{ordem}}=30,3$), em comparação ao grupo “Estudantes finalistas Franceses” ($M_{\text{ordem}}=15,6$) (Tabela 8).

Na vinheta 2 ($U=210,5$, $p=0,166$), vinheta 3 ($U=193$, $p=0,078$) e vinheta 4 ($U=209$, $p=0,143$), não se verificaram diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 8. Teste de *Mann-Whitney U* para comparação da seleção de modalidades de avaliação recomendadas entre grupos, e por vinheta clínica.

Vinhetas	Grupo	n	Médias ordens	Z
Vinheta 1	Estudantes finalistas Portugueses	29	30,3	z=-3,62
	Estudantes finalistas Franceses	19	15,6	
Vinheta 2	Estudantes finalistas Portugueses	29	22,3	z=-1,39
	Estudantes finalistas Franceses	19	27,9	
Vinheta 3	Estudantes finalistas Portugueses	29	21,7	z=-1,77
	Estudantes finalistas Franceses	19	28,8	
Vinheta 4	Estudantes finalistas Portugueses	29	22,2	z=-1,47
	Estudantes finalistas Franceses	19	28,0	
Nível de significância: 0,05.				

3.6. Concordância com as NOCs nas modalidades de Intervenção.

A tabela 9 apresenta o valor percentual global da concordância das opções de escolha para as modalidades de intervenção com o conteúdo das NOC's. Para todas as vinhetas, o grupo com maior percentagem de concordância com as recomendações das NOCs foi o dos estudantes finalistas das escolas portuguesas.

Tabela 9. Percentagem de concordância com as Normas de Orientação Clínica para o domínio das modalidades de intervenção.

	Estudantes finalistas Portugueses	Estudantes finalistas Franceses
Vinheta 1	0,666	0,623
Vinheta 2	0,691	0,654
Vinheta 3	0,635	0,560
Vinheta 4	0,891	0,864

Foi realizado um teste U de Mann-Whitney para comparar a percentagem de concordância das opções de intervenção selecionadas com as NOCs, para cada uma das vinhetas, entre os estudantes finalistas portugueses e franceses. Na vinheta 1, houve uma diferença significativa entre os grupos ($U=182,5$, $p=0,048$), isto é, o grupo “Estudantes finalistas Portugueses” apresentou médias das ordens de concordância superiores ($M_{\text{ordem}}=$

27,7), comparativamente ao grupo “Estudantes finalistas Franceses” ($M_{\text{ordem}} = 19,6$) (Tabela 10). Na vinheta 3, observou-se igualmente uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($U=115$, $p < 0,001$), isto é, o grupo “Estudantes finalistas Portugueses” apresentou médias das ordens de concordância superiores ($M_{\text{ordem}} = 30,0$), comparativamente ao grupo “Estudantes finalistas Franceses” ($M_{\text{ordem}} = 16,0$) (Tabela 10).

Na vinheta 2 ($U=197$, $p=0,096$) e na vinheta 4 ($U=225$, $p=0,276$), não se verificaram diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 10. Teste de *Mann-Whitney U* para comparação da seleção de modalidades de intervenção recomendadas entre grupos, e por vinheta clínica.

Vinhetas	Grupo	n	Médias ordens	Z
Vinheta 1	Estudantes finalistas Portugueses	29	27,7	-1,981
	Estudantes finalistas Franceses	19	19,6	
Vinheta 2	Estudantes finalistas Portugueses	29	27,2	-1,665
	Estudantes finalistas Franceses	19	20,4	
Vinheta 3	Estudantes finalistas Portugueses	29	30,0	-3,409
	Estudantes finalistas Franceses	19	16,0	
Vinheta 4	Estudantes finalistas Portugueses	29	26,2	-1,090
	Estudantes finalistas Franceses	19	21,9	
Nível de significância 0,05.				

3.7. Conhecimento acerca da existência e conteúdo das Normas de Orientação Clínica no plano de estudos.

Foi realizado um teste U de Mann-Whitney para comparar a percentagem de concordância das opções de avaliação e intervenção selecionadas com as NOCs, para cada uma das vinhetas, entre os estudantes finalistas que reportaram conhecimento/desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, entre grupos, relativamente à percentagem de concordância das opções de avaliação com as recomendações das NOCs, para qualquer das vinhetas (vinheta 1: $U=250,5$, $p=0,455$; vinheta 2: $U=282$, $p=0,933$; vinheta 3: $U=274,5$, $p=0,809$; vinheta 4: $U=219,5$, $p=0,151$), (Tabela 11). Da mesma forma, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, entre grupos, relativamente à percentagem de concordância das opções de intervenção com as recomendações

das NOCs, para qualquer das vinhetas (vinheta 1- $U=282,5$, $p=0,942$; vinheta 2- $U=225$, $p=0,763$; vinheta 3- $U=272$, $p=0,770$; e na vinheta 4- $U=240,5$, $p=0,330$) (Tabela 12).

Tabela 11. Teste de *Mann-Whitney U* para comparação entre grupos (conhecimento vs desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos), e concordância com as recomendações das NOCs para as modalidades de avaliação-por vinheta clínica.

Vinhetas	Grupo	n	Médias ordens	Z
Vinheta 1	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	25,9	Z=-0,748
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	22,9	
Vinheta 2	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	24,7	z= -0,084
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	24,3	
Vinheta 3	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	24,9	z= -0,242
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	24,0	
Vinheta 4	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	27,1	z= -1,438
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	21,5	
Nível de significância 0.05.				

Tabela 12. Teste de *Mann-Whitney U* para comparação entre grupos (conhecimento vs desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos), e concordância com as recomendações das NOCs para as modalidades de intervenção-por vinheta clínica.

Vinhetas	Grupo	n	Médias ordens	Z
Vinheta 1	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	24,4	Z=-0,073
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	24,7	
Vinheta 2	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	23,9	z= -0,302
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	25,2	
Vinheta 3	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	24,0	z= -0,292
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	25,1	
Vinheta 4	Conhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	26	26,3	z= -0,974
	Desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos	22	22,4	
Nível de significância 0.05.				

4. Discussão:

O objetivo principal deste estudo foi avaliar o conhecimento dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal acerca do conteúdo das NOCs atuais na gestão da DCNE (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a), e a sua integração no processo de tomada de decisão clínica. Especificamente, pretendeu-se comparar a adesão, definida como tomar decisões clínicas consistentes com as recomendações das NOCs atuais para a DCNE, e o conhecimento, definido como saber da existência e do conteúdo das NOCs, entre estudantes finalistas de cursos de formação inicial ministrados em Portugal (dois cursos) e França (dois cursos).

A amostra final, foi constituída por 48 estudantes, maioritariamente do sexo feminino e com idades entre 21 e 37 anos, dos quais 29 eram estudantes finalistas de duas escolas portuguesas e 19 de duas escolas francesas. No geral, os estudantes franceses parecem ter mais oportunidades de contacto com utentes com condições músculo-esqueléticas e com DCNE, pois verifica-se um maior número de períodos e horas de estágio nesta área.

No global, e com exceção das opções selecionadas para o perfil de utente descrito na vinheta 4, o alinhamento das modalidades de avaliação e de intervenção selecionadas pelos estudantes com as recomendações das NOCs é baixo, variando entre os 52% e os 71,4% (modalidades de avaliação selecionadas para as vinhetas 2 e 1 pelos estudantes portugueses, respetivamente).

Os resultados obtidos indicam um maior alinhamento dos estudantes finalistas portugueses com as recomendações das NOCs, seja nas modalidades de avaliação, seja nas modalidades de intervenção. Com efeito foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, na seleção das modalidades de avaliação e para a vinheta 1, bem como na seleção das modalidades de intervenção para as vinhetas 1 e 3, com médias de ordem de concordância superiores por parte dos estudantes finalistas portugueses.

Estas baixas percentagens de concordância são similares aos resultados reportados por Zadro et al., (2019). Quando as opções de tratamento foram avaliadas por questionários preenchidos por fisioterapeutas (com ou sem vinhetas), a percentagem mediana de fisioterapeutas que prestam (ou prestariam) tratamentos recomendados, não recomendados e sem recomendação para a dor cervical e *whiplash* foi de 85%, 38% e 97%, respetivamente. No mesmo estudo, quando as opções de tratamento foram avaliadas por auditorias de notas clínicas, auditorias de códigos de faturação, formulários de registo de tratamento, observação clínica ou

inquéritos preenchidos pelos utentes, a percentagem mediana de utentes que receberam modalidades de intervenção em fisioterapia não recomendadas subiu para 79%.

O fraco alinhamento das modalidades selecionadas com as recomendações pode ser explicado por uma combinação de fatores referenciados pela literatura sobre a adesão às NOCs em diferentes condições músculo-esqueléticas. A evidência mostra que a falta de familiaridade e formação específica sobre as NOCs, aliada à utilização habitual de práticas tradicionais adquiridas durante a formação de base, e a fraca integração do modelo biopsicossocial e da gestão autónoma da dor, contribuem para uma menor concordância com as recomendações (Bernhardsson et al., 2014). Por exemplo, estudos anteriores mostraram que fisioterapeutas com uma abordagem orientada para uma prática biomédica fornecem recomendações restritivas mais discordantes das normas de orientação clínica em relação à atividade física e às atividades de trabalho do que fisioterapeutas com uma abordagem mais biopsicossocial (Gardner et al., 2017). Além disso, barreiras contextuais e curriculares, como a perceção de que as recomendações são demasiado genéricas, difíceis de aplicar na prática clínica ou pouco valorizadas no ensino, bem como a influência das expectativas dos utentes e da cultura académica local, reforçam essas tendências (Zadro et al., 2020). No caso da DCNE, esta discrepância é consistente com estudos prévios que apontam para uma adesão limitada às intervenções recomendadas, especialmente nas modalidades ativas e educativas, apesar que, seja de referir a tendência positiva para evitar práticas não suportadas pela evidência (David et al., 2024; J. R. Zadro et al., 2020). Outras barreiras que foram identificadas e que podem afetar a adesão às NOCs, estão nomeadamente relacionadas com as características do fisioterapeuta, as circunstâncias em que se encontra e o seu conhecimento e experiência clínica (Keating et al., 2016).

Relativamente aos diferentes perfis de utentes apresentados, é de salientar o maior alinhamento com as recomendações com as características da história descrita na vinheta 4. Com efeito, o perfil de utente retratado (Grau IV) corresponde a situações de DC de origem específica, estando os sinais e sintomas frequentemente associados a lesões estruturais como fratura, luxação, infeção, entre outras. Estas situações carecem frequentemente de rápido reencaminhamento para consulta médica, opção selecionada por 72,4% e 84,2% dos estudantes finalistas portugueses e franceses, respetivamente. Adicionalmente, a seleção da opção - identificação/exclusão de *Red Flags*, por 69% dos estudantes finalistas portugueses e 73,7% dos estudantes franceses, sugere conhecimento apropriado sobre os potenciais riscos associados a uma história clínica com estas características. Também no que diz respeito às modalidades de

intervenção, a opção com maior percentagem de escolha foi “Referenciar para Médico Especialista” (65,5% e 68,4% dos estudantes finalistas portugueses e franceses, respetivamente).

Para as características de utentes retratados na vinheta 3, os resultados deste estudo indicam no global, fraco alinhamento com as recomendações das NOCs, seja nas modalidades de avaliação (54,9% e 66% para os estudantes portugueses e franceses respetivamente), seja nas de intervenção (63,5% e 56% para os estudantes portugueses e franceses respetivamente). Uma vez, que a vinheta clínica retrata um utente com perfil de Grau III, com presença de sintomas neurológicos, mas sem sinais de lesão estrutural, todas as modalidades de avaliação apresentadas para seleção eram concordantes com as recomendações das NOCs (com exceção da referenciação para consulta médica). Este aspeto pode explicar os resultados obtidos, ou seja, face a possibilidades viáveis e recomendadas, os estudantes fizeram de facto uma seleção das modalidades que julgaram mais apropriadas utilizar.

Já no que diz respeito às modalidades de intervenção, e para além da baixa percentagem de concordância com as recomendações, verifica-se uma elevada utilização de modalidades não recomendadas, em particular pelos estudantes franceses. Com efeito, a maioria dos estudantes franceses, e com associações estatisticamente significativas, optou por selecionar técnicas passivas como as técnicas de mobilização com movimento (31,6%) técnicas de McKenzie (78,9%), técnicas de eletroterapia, como o TENS, ultrassom ou diatermia (42,1%), ou laser e terapia por ondas magnéticas/Magnetoterapia ou laser (36,8%).

Os dois primeiros casos clínicos descritos nas vinhetas 1 e 2, correspondem à DC com menor gravidade (grau I e II). Nestes casos de DC, o utente não apresenta sinais de lesão estrutural e a gravidade é distinguida pelo nível de impacto nas atividades da vida diária. Devido a estes aspetos e segundo as recomendações das NOCs, não há necessidade de realizar, testes direcionados e específicos nem de referenciar para consulta médica (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a; J. Zadro et al., 2019).

Embora só se tenham verificado diferenças significativas na percentagem de concordância global entre países, na vinheta 1, e com maior alinhamento às recomendações das NOC por parte dos estudantes portugueses, o padrão de prática, isto é, as modalidades selecionadas voltam a sugerir que os estudantes franceses têm maior preferência por modalidades passivas, centradas no terapeuta, e não recomendadas, contrastando com a escolha dos estudantes finalistas portugueses por opções mais ativas e centradas no utente. Estas diferenças são visíveis, por exemplo, na seleção de PROMs na vinheta 1 (75,9% vs 26,7%, $p=0,018$) e vinheta

2 (86,2% vs 57,6%, $p=0,004$), ou na escolha de modalidades de educação (com percentagens de concordância superiores) exercício, como sejam os “Exercícios de Força” na vinheta 1 (41,4% vs 10,5%, $p=0,026$) ou os “Exercícios de mobilidade (ROM)” na vinheta 2 (75,9% vs 47,4%, $p=0,044$), pelos estudantes finalistas portugueses. Já os estudantes finalistas franceses parecem preferir modalidades como a manipulação cervical (31,6% vs 6,9%, $p=0,045$), tração cervical (47,4% vs 0%, $p<0,001$), ou técnicas de McKenzie (32,2% vs 6,9%, $p=0,045$).

Esta orientação observada por parte dos estudantes franceses, parece estar alinhada com uma prática baseada num modelo biomédico e centrada no profissional de saúde. Profissionais com esta orientação tendem a basear a sua prática num modelo mais estruturalista (Mukoka et al., 2019), associando dor a lesão anatómica e desta forma tendem a utilizar técnicas manuais/passivas e não recomendadas pelas NOCs (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a; J. Zadro et al., 2019). Num contexto de prática clínica, o estudante aprende através da observação do profissional que o orienta. Desta forma, a aprendizagem do processo de raciocínio clínico que permite a escolha das modalidades de avaliação e intervenção é adquirida por observação e repetição de processos, o que pode explicar a perpetuação destes modelos de prática nos futuros profissionais (Wijbenga et al., 2019).

Inclusão das NOCs no plano de estudos

O conhecimento da inclusão das recomendações/não recomendações das NOCs atuais para a avaliação e tratamento de utentes com DCNE no plano de estudos dos estudantes finalistas de cursos de formação inicial ministrados em Portugal e França, é baixo. As proporções são semelhantes entre países, com apenas 52,6% e 41,4% dos estudantes franceses e portugueses, respetivamente, a reportar ter conhecimento ou ter tido acesso às NOCs. Na análise de concordância entre as escolhas das modalidades de avaliação e intervenção selecionadas com as NOCs, para cada uma das vinhetas, entre os estudantes finalistas que reportaram conhecimento/desconhecimento da inclusão das NOCs no plano de estudos, não foram observadas diferenças significativas ($p>0,05$).

Resultados similares foram observados por (Fourré et al., 2023), para a população de fisioterapeutas francesa e belga, em que apenas uma baixa proporção de fisioterapeutas dos dois países reportaram ter conhecimento e utilizar NOCs na gestão de utentes com lombalgia e onde apenas 50% dos participantes foi capaz de identificar um caso de lombalgia específica. Ainda na gestão de lombalgia, mas num estudo direcionado a estudantes de fisioterapia, 88% dos estudantes do curso de Mestrado reportaram desconhecer a NOC utilizada no estudo

(*Ambassador LBP Guideline*), e escolheram modalidades de avaliação e tratamento com pobre concordância com as suas recomendações (Collinge et al., 2013).

Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, a dimensão da amostra foi relativamente reduzida. Embora o questionário tenha sido disponibilizado a 262 estudantes, apenas 48 respostas completas foram obtidas. Esta baixa taxa de resposta pode levar a uma sobrevalorização dos resultados e limitar a representatividade da amostra, condicionando a possibilidade de generalizar para a população alvo de estudantes finalistas dos respetivos cursos ou respetivos países.

Adicionalmente, o desenho transversal do estudo (*cross-sectional study*) permite apenas identificar associações entre variáveis durante um curto período de tempo. Este tipo de estudo não permite estabelecer relações de causalidade nem acompanhar a evolução das escolhas clínicas ao longo do tempo.

Outro aspeto a considerar diz respeito ao potencial viés de seleção. Os estudantes que decidiram participar podem apresentar características distintas daqueles que optaram por não responder, como um maior interesse pela temática da dor cervical ou uma motivação acrescida para colaborar em projetos de investigação. Ainda assim e para evitar este viés, foi proposto aos responsáveis pedagógicos de cada escola, que a participação neste estudo, através do preenchimento voluntário do questionário, se fizesse em momento de aula, como um exercício de raciocínio clínico e assim maximizar a participação dos estudantes.

No que diz respeito ao instrumento de recolha de dados, um questionário baseado em vinhetas constitui uma ferramenta útil para simular possíveis situações que os estudantes podem encontrar numa futura prática clínica (Brunner et al., n.d.; Keating et al., 2016; Rutten et al., 2006). Contudo, não é certo que as vinhetas clínicas consigam reproduzir integralmente a complexidade da prática clínica real. Os escassos estudos que procuraram validar a concordância de vinhetas clínicas com utentes estandarizados revelaram baixa concordância entre as recomendações terapêuticas autorrelatadas, medidas com vinhetas clínicas e os conselhos dados a utentes semelhantes na prática clínica real (Brunner et al., 2016). Assim, é possível que as respostas dos estudantes reflitam escolhas hipotéticas, que podem divergir das decisões tomadas num verdadeiro contexto clínico. Desta forma não pode ser afastada a possibilidade de um viés de resposta ou mais especificamente, viés de desejabilidade social. Os participantes podem ter privilegiado opções que consideraram mais corretas ou socialmente

aceites, em detrimento das condutas que efetivamente adotariam em contexto de prática clínica real.

Por fim, embora o estudo tenha incluído estudantes de dois países distintos, não foram controladas em detalhe todas as diferenças culturais, curriculares e pedagógicas que poderiam influenciar as escolhas dos participantes, nomeadamente no que diz respeito à organização dos planos de estudo, conteúdos programáticos ou à experiência clínica adquirida.

Apesar destas limitações, este estudo fornece informação relevante sobre as escolhas clínicas de estudantes de fisioterapia na gestão da DCNE. Os resultados permitem identificar tendências e potenciais áreas de melhoria na formação académica, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimento e competências mais ajustadas às necessidades da prática clínica informada pela evidência.

5. Conclusão

O presente estudo permitiu caracterizar o conhecimento e a adesão de estudantes finalistas de Fisioterapia às NOCs para a DCNE, para a população em estudo. De forma geral, observou-se um alinhamento globalmente baixo com as recomendações das NOCs, sobretudo no que diz respeito às modalidades de intervenção. Os resultados observados indicam que as opções selecionadas pelos estudantes portugueses apresentam maior concordância com as recomendações. As diferenças encontradas entre países sugerem possíveis influências curriculares, culturais e pedagógicas que justificam ser aprofundadas em estudos futuros.

A maior adesão às recomendações observada na vinheta 4, que retrata um utente com DC de grau IV, indica que os estudantes reconhecem a gravidade do caso com a identificação/exclusão de *red flags* e a necessidade de referenciação para consulta médica. Neste caso apenas se observa a escolha de PROMS, não coerente com as recomendações da evidência por parte dos estudantes franceses e com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,049$). Não foram observadas diferenças estatísticas nas restantes associações testadas (concordância com as NOCs nas modalidades de avaliação e intervenção; conhecimento acerca da existência e conteúdo das NOCs no plano de estudos). No entanto, nos restantes perfis de utentes, sobretudo nos casos com menor gravidade, verificou-se uma preferência de escolha de modalidades passivas e, por vezes, não recomendadas, particularmente entre os estudantes franceses, como por exemplo a utilização de TENS, terapia campo magnético, ultrassom ou o método de McKenzie ($p<0,001$) na vinheta 3, contrastando com uma maior utilização de estratégias multimodais, concordantes com as recomendações das NOCs, por parte dos estudantes portugueses como mobilização acessória cervical ($p=0,001$) vinheta 1, exercícios de mobilidade (ROM) ($p=0,044$) vinheta 2 e a Educação - Aconselhamento para se manter ativo ($p<0,001$) vinheta 3. Com efeito, o alinhamento das modalidades selecionadas é tanto maior quanto menos grave é o caso clínico, tendo sido observadas diferenças estatísticas significativas entre países, na concordância com as NOCs, com maior alinhamento nas escolhas dos estudantes portugueses, tanto nas modalidades de avaliação (vinheta 1 $p<0,001$), como nas modalidades de intervenção (vinheta 1 $p=0,048$ e vinheta 3 $p<0,001$).

O conhecimento reduzido observado sobre a inclusão das NOCs nos planos de estudo, aliado à ausência de diferenças significativas entre estudantes que afirmaram conhecer ou desconhecer essas recomendações, evidencia a necessidade de reforçar a integração de forma

sistemática das NOCs no currículo de base e na prática do raciocínio clínico durante a formação inicial.

Embora limitado por uma amostra reduzida e pelo desenho transversal, este estudo fornece informação relevante sobre os padrões de tomada de decisão clínica em estudantes finalistas de Fisioterapia. Os resultados reforçam a importância de aprofundar a formação em evidência científica, modelo biopsicossocial e gestão multimodal, bem como de promover estratégias curriculares que facilitem a adoção efetiva das NOCs. Investigações futuras, com amostras mais amplas e metodologias longitudinais, poderão ajudar a compreender melhor como estas competências evoluem e como podem ser otimizadas ao longo da formação favorecendo a transição para a prática profissional.

6 Bibliografia

- Bakken, A. G., Eklund, A., Warnqvist, A., O'Neill, S., & Axén, I. (2021). The effect of two weeks of spinal manipulative therapy and home stretching exercises on pain and disability in patients with persistent or recurrent neck pain; a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04772-x>
- Bernal-Utrera, C., Gonzalez-Gerez, J. J., Anarte-Lazo, E., & Rodriguez-Blanco, C. (2020). Manual therapy versus therapeutic exercise in non-specific chronic neck pain: A randomized controlled trial. *Trials*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04610-w>
- Bernhardsson, S., Johansson, K., Öberg, B., & Larsson, M. E. H. (2014). *Determinants of Guideline Use in Primary Care Physical Therapy: A Cross-Sectional Survey of Attitudes, Knowledge, and Behavior*.
- Bier, J. D., Scholten-Peeters, W. G. M., Staal, J. B., Pool, J., Van Tulder, M. W., Beekman, E., Knoop, J., Meerhoff, G., & Verhagen, A. P. (2018). Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients With Nonspecific Neck Pain. In *Original Research 162 □ Physical Therapy* (Vol. 98). <https://academic.oup.com/ptj>
- Binder, A. (n.d.). *MINERVAMEDICACOPYRIGHT® The diagnosis and treatment of nonspecific neck pain and whiplash*.
- Blanpied, P. R., Gross, A. R., Elliott, J. M., Devaney, L. L., Clewley, D., Walton, D. M., Sparks, C., & Robertson, E. K. (2017a). Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the orthopaedic section of the American physical therapy association. In *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* (Vol. 47, Issue 7, pp. A1–A83). Movement Science Media. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.0302>
- Blanpied, P. R., Gross, A. R., Elliott, J. M., Devaney, L. L., Clewley, D., Walton, D. M., Sparks, C., & Robertson, E. K. (2017b). Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the orthopaedic section of the American physical therapy association. In *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* (Vol. 47, Issue 7, pp. A1–A83). Movement Science Media. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.0302>

- Bolarinwa, O. (2015). Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 22(4), 195. <https://doi.org/10.4103/1117-1936.173959>
- Brunner, E., Probst André Meichtry Hannu Luomajoki Wim Dankkaerts Affiliations, M., Probst, M., & Zhaw, P. (n.d.). *Comparison of clinical vignettes and standardized patients as measures of physiotherapists' activity and work recommendations in patients with non-specific low back pain Authors*.
- Carroll, L. J., Hogg-Johnson, S., van der Velde, G., Haldeman, S., Holm, L. W., Carragee, E. J., Hurwitz, E. L., Côté, P., Nordin, M., Peloso, P. M., Guzman, J., & Cassidy, J. D. (2009). Course and Prognostic Factors for Neck Pain in the General Population. Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(2 SUPPL.). <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2008.11.013>
- Collinge, W. R., Gross, D. P., Bostick, G. P., Cutforth, G. S., Rutten, G. M., Maroun, C., & Oostendorp, R. A. B. (2013). Evaluating physical therapy students' knowledge of and adherence to the ambassador low back pain guideline. *Physiotherapy Canada*, 65(4), 384–395. <https://doi.org/10.3138/ptc.2012-33>
- Corp, N., Mansell, G., Stynes, S., Wynne-Jones, G., Morsø, L., Hill, J. C., & van der Windt, D. A. (2021). Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. In *European Journal of Pain (United Kingdom)* (Vol. 25, Issue 2, pp. 275–295). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/ejp.1679>
- David, K., Kaderka, S., & Villarias, C.-J. (2024). *Implementation of Evidence-Based Practices to Improve Treatment for Patients with Neck Pain: A Pilot Study Treatment for Patients with Neck Pain: A Pilot Study Repository Citation*. <https://doi.org/10.34917/37222173>
- Fourré, A., Vanderstraeten, R., Ris, L., Bastiaens, H., Michielsen, J., Demoulin, C., Darlow, B., & Roussel, N. (2023). Management of Low Back Pain: Do Physiotherapists Know the Evidence-Based Guidelines? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph20095611>
- Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M., & Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain:

- a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 132–143. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>
- Gross, A., Langevin, P., Burnie, S. J., Bédard-Brochu, M. S., Empey, B., Dugas, E., Faber-Dobrescu, M., Andres, C., Graham, N., Goldsmith, C. H., Brønfort, G., Hoving, J. L., & Leblanc, F. (2015). Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2015, Issue 9). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004249.pub4>
- Hidalgo, B., Hall, T., Bossert, J., Dugeny, A., Cagnie, B., & Pitance, L. (2017). The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. In *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* (Vol. 30, Issue 6, pp. 1149–1169). IOS Press. <https://doi.org/10.3233/BMR-169615>
- Kazeminasab, S., Nejadghaderi, S. A., Amiri, P., Pourfathi, H., Araj-Khodaei, M., Sullman, M. J. M., Kolahi, A. A., & Safiri, S. (2022). Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. In *BMC Musculoskeletal Disorders* (Vol. 23, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04957-4>
- Keating, J. L., McKenzie, J. E., O'Connor, D. A., French, S., Walker, B. F., Charity, M., Page, M. J., & Green, S. E. (2016). Providing services for acute low-back pain: A survey of Australian physiotherapists. *Manual Therapy*, 22, 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.11.005>
- Marôco, J. (2018). *Marôco, J. (2018). Análise estatística com o SPSS Statistics (7a ed.). Lisboa: ReportNumber.*
- Mccallum, C. A., Mosher, P. D., Jacobson, P. J., Gallivan, S. P., & Giuffre, S. M. (2013). *Quality in Physical Therapist Clinical Education: A Systematic Review.* <https://academic.oup.com/ptj/article/93/10/1298/2735488>
- Mukoka, G., Olivier, B., & Ravat, S. (2019). Level of knowledge, attitudes and beliefs towards patients with chronic low back pain among final year school of therapeutic sciences students at the university of the Witwatersrand – A cross-sectional study. *South African Journal of Physiotherapy*, 75(1). <https://doi.org/10.4102/sajp.v75i1.683>
- Nordin, M., Carragee, E. J., Hogg-Johnson, S., Weiner, S. S., Hurwitz, E. L., Peloso, P. M., Guzman, J., van der Velde, G., Carroll, L. J., Holm, L. W., Côté, P., Cassidy, J. D., &

- Haldeman, S. (2009). Assessment of Neck Pain and Its Associated Disorders. Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(2 SUPPL.). <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2008.11.016>
- Paci, M., Faedda, G., Ugolini, A., & Pellicciari, L. (2021). Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: A systematic review and meta-analysis. In *International Journal for Quality in Health Care* (Vol. 33, Issue 2). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab093>
- Parikh, P., Santaguida, P., MacDermid, J., Gross, A., & Eshtiaghi, A. (2019). Comparison of CPG's for the diagnosis, prognosis and management of non-specific neck pain: A systematic review. In *BMC Musculoskeletal Disorders* (Vol. 20, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2441-3>
- Rutten, G. M. J., Harting, J., Rutten, S. T. J., Bekkering, G. E., & Kremers, S. P. J. (2006). Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: A validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(5), 491–500. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00699.x>
- Scurlock-Evans, L., Upton, P., & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in physiotherapy: A systematic review of barriers, enablers and interventions. In *Physiotherapy (United Kingdom)* (Vol. 100, Issue 3, pp. 208–219). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.001>
- Stander, J., Grimmer, K., & Brink, Y. (2019). Learning styles of physiotherapists: A systematic scoping review. In *BMC Medical Education* (Vol. 19, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1434-5>
- Verhagen, A. P. (2021). Physiotherapy management of neck pain. *Journal of Physiotherapy*, 67(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.12.005>
- Wijbenga, M. H., Bovend'Eerdt, T. J. H., & Driessen, E. W. (2019). Physiotherapy Students' Experiences with Clinical Reasoning During Clinical Placements: A Qualitative Study. *Health Professions Education*, 5(2), 126–135. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.05.003>
- Zadro, J., O'Keeffe, M., & Maher, C. (2019). Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. In *BMJ Open* (Vol. 9, Issue 10). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032329>

Zadro, J. R., O'keeffe, M., & Lembke, K. A. (2020). *Effectiveness of Implementation Strategies to Improve Adherence of Physical Therapist Treatment Choices to Clinical Practice Guidelines for Musculoskeletal Conditions: Systematic Review*.
<https://academic.oup.com/ptj/article/100/9/1516/5850344>

7 Apêndices

Apêndice 1 - Questionário sobre a prática clínica da Fisioterapia em utentes com Dor Cervical Não Específica (DCNE):

Versão preliminar portuguesa

Questionário sobre a prática clínica da Fisioterapia em utentes com DCNE:

Este questionário insere-se numa investigação para uma dissertação de mestrado realizada por João Carronda, estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pelo Instituto Politécnico de Setúbal, e pela Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde, da Universidade Nova de Lisboa.

O questionário tem como objetivo analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal em diferentes cenários clínicos de pacientes com DCNE e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos e os dois países.

O questionário é constituído por duas secções. A primeira secção contém questões de natureza sociodemográfica e profissional. Na segunda secção são apresentados 4 cenários clínicos (vinhetas) que representam a variedade de casos clínicos que os fisioterapeutas observam na sua prática clínica.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta possível.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, desta forma, na Dissertação os resultados da pesquisa não identificarão a sua informação pessoal, o que lhe garante assim o anonimato.

Muito obrigada pela sua colaboração.

SECÇÃO I- Dados Sociodemográficos e Profissionais

- 1- Idade: ____
- 2- Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
- 3- Instituição de Ensino: _____
- 4- Ao longo do curso quantos períodos de estágio/educação clínica realizou com pacientes com condições músculo-esqueléticas?
- ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
- 5- Ao longo do curso quantas horas de estágio/educação clínica realizou com pacientes com condições músculo-esqueléticas?
- ☐ <30h ☐ 31-60h ☐ 61-90h ☐ 91-120h ☐ >120h
- 6- Quantos utentes com DCNE consultou no decorrer dos estágios?
- ☐ <5 ☐ 5-10 ☐ >10
- 7- As Normas de Orientação Clínica para os pacientes com DCNE fazem parte dos conteúdos de seu plano de estudos?
- ☐ Sim ☐ Não

SECÇÃO II – Avaliação e Intervenção Cenários Clínicos (Vinhetas)

Vinheta 1

Mulher de 35 anos chega à consulta com queixas de dor na região cervical após um incidente na semana passada em que ao fazer a manobra para sair do parque de estacionamento do supermercado bateu em marcha atrás contra um carro que estava estacionado. A utente diz ter sentido uma dor ao virar a cabeça para olhar para trás e com o stress de fazer a declaração amigável a dor foi aumentando não tendo conseguido dormir quase nada nessa noite. A utente refere que, desde então, não consegue virar a cabeça para a esquerda pois além de se sentir bloqueada a dor aparece como uma pontada aguda muito forte do lado direito sem irradiação para os membros superiores. Quando se encontra em repouso sem mexer a cabeça não sente dor e quando aplica uma almofada que aquece no micro-ondas tem uma sensação de relaxamento e pode ir mais longe na rotação esquerda. A utente está bastante preocupada pois uma amiga disse que lhe tinha acontecido o mesmo e que tinha deslocado uma vértebra. Por isso ela pensa que seria melhor fazer exames para confirmar o que se passava com ela.

Avaliação

1. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Ferramentas de medição objetiva outcomes
- ☐ Ferramentas de preenchimento pelo paciente (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos
- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)

- ☐ Teste de dor/pressão com algômetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (sensitivo, motor, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

2. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todos os Exames Complementares de Diagnóstico que consideraria pedir ou aconselhar.

- ☐ Raio X
- ☐ TAC
- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler
- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____

Intervenção

3. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☐ Medicação
- ☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)
- ☐ Relaxamento
- ☐ Colar Cervical (imobilização)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☐ Biofeedback
- ☐ Manipulação cervical
- ☐ Manipulação torácica

- ☐ Mobilização cervical
- ☐ Mobilização torácica
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia Campo Magnético
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Dry Needling
- ☐ Tratamento cognitivo-comportamental
- ☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____
- ☐ Referenciar para outro profissional (Médico de família, Médico especialista, Osteopata, Quiropata, Psiquiatra, Psicólogo...)

Vinheta 2

Utente de 42 anos do sexo masculino apresenta-se na consulta com dor na região cervical. O utente é professor e trabalha desde há 2 meses com um aumento significativo do número de horas em teletrabalho. Devido a estas modificações laborais o utente refere que tem tido menos tempo para fazer desporto. A dor é quantificada em 6/10 principalmente à tarde e fim de dia e tem sido constante desde há 1 mês. Desde a aparição desta dor o utente refere que lhe é difícil manter a única sessão semanal de padel que tem com amigos, pois das últimas vezes que foi quase teve de interromper o jogo, não sendo capaz de fazer o “*smash*” devido à intensidade da dor, com um aumento significativo da mesma nessa noite (sono) e dia seguinte. A dor situa-se

na região posterior até à nuca, não tem irradiação para os membros superiores embora que o utente refira uma relação entre a dor cervical e dores de cabeça que tem tido igualmente no fim do dia e que o impedem de aproveitar ao máximo os momentos com a esposa e os filhos.

Avaliação

1. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Ferramentas de medição objetiva outcomes
- ☐ Ferramentas de preenchimento pelo paciente (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos
- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)
- ☐ Teste de dor/pressão com algómetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (sensitivo, motor, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

2. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todos os Exames Complementares de Diagnóstico que consideraria pedir ou aconselhar.

- ☐ Raio X
- ☐ TAC

- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler
- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____

Intervenção

3. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☐ Medicação
- ☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)
- ☐ Relaxamento
- ☐ Colar Cervical (imobilização)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☐ Biofeedback
- ☐ Manipulação cervical
- ☐ Manipulação torácica
- ☐ Mobilização cervical
- ☐ Mobilização torácica
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de endurance

- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia Campo Magnético
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Dry Needling
- ☐ Tratamento cognitivo-comportamental
- ☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____
- ☐ Referenciar para outro profissional (Médico de família, Médico especialista, Osteopata, Quiropata, Psiquiatra, Psicólogo...)

Vinheta 3

Utente do sexo feminino com 28 anos, jogadora amadora de Rugby vem à consulta com queixas de dor cervical que se dirigem para o braço direito até à mão. A utente está muito preocupada pois diz igualmente sentir formigueiro na mão. As dores no pescoço não são muito valorizadas pois ela diz ter constantemente desde há dois anos, o que a preocupa são as dores e formigueiro no braço e mão que começaram há cerca de 2 meses sobretudo quando está na posição de mêlée. Tem sido acompanhada pelo fisioterapeuta do clube, mas agora sente que algo mais tem de ser feito pois “algo não está bem” e começa a afetar não só a forma como joga, mas igualmente a sua vida/tarefas diárias e até a qualidade do sono.

Avaliação

1. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Ferramentas de medição objetiva outcomes
- ☐ Ferramentas de preenchimento pelo paciente (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos

- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)
- ☐ Teste de dor/pressão com algômetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (sensitivo, motor, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

2. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todos os Exames Complementares de Diagnóstico que consideraria pedir ou aconselhar.

- ☐ Raio X
- ☐ TAC
- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler
- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____

Intervenção

3. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☐ Medicação
- ☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)

- ☐ Relaxamento
- ☐ Colar Cervical (imobilização)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☐ Biofeedback
- ☐ Manipulação cervical
- ☐ Manipulação torácica
- ☐ Mobilização cervical
- ☐ Mobilização torácica
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia Campo Magnético
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Dry Needling
- ☐ Tratamento cognitivo-comportamental
- ☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____
- ☐ Referenciar para outro profissional (Médico de família, Médico especialista, Osteopata, Quiropata, Psiquiatra, Psicólogo...)

Vinheta 4

Adolescente de 17 anos vem a consulta após uma queda de cavalo no treino da manhã. A utente refere fortes dores ao nível do pescoço e sobretudo de cabeça. Refere não ter dor nem nos membros superiores nem nos inferiores, embora que se sinta um pouco esquisita e com uma sensação de falta de equilíbrio. Desde a queda foi-lhe aconselhado um colar cervical, tem estado deitada e diz que só se sente bem nesta posição e com os olhos fechados não tendo tido forças nem grande apetite para ir almoçar.

Avaliação

1. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Ferramentas de medição objetiva outcomes
- ☐ Ferramentas de preenchimento pelo paciente (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos
- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade acessória/segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)
- ☐ Teste de dor/pressão com algómetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (sensitivo, motor, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

2. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todos os Exames Complementares de Diagnóstico que consideraria pedir ou aconselhar.

☐ Raio X

☐ TAC

☐ Ressonância Magnética

☐ Ecografia

☐ Doppler

☐ Cintigrafia óssea

☐ Outro (Por favor especifique) _____

Intervenção

3. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste paciente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

☐ Medicação

☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)

☐ Relaxamento

☐ Colar Cervical (imobilização)

☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)

☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)

☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)

☐ Biofeedback

☐ Manipulação cervical

☐ Manipulação torácica

☐ Mobilização cervical

☐ Mobilização torácica

☐ Tração cervical

☐ Neurodinâmica (mobilização neural)

☐ Massagem

- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia Campo Magnético
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Dry Needling
- ☐ Tratamento cognitivo-comportamental
- ☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____
- ☐ Referenciar para outro profissional (Médico de família, Médico especialista, Osteopata, Quiropata, Psiquiatra, Psicólogo...)

Versão preliminar francesa

Questionnaire/Enquête sur la pratique clinique de la kinésithérapie chez les patients atteints de DCNE :

Ce questionnaire fait partie d'un mémoire de recherche de Master 2 réalisé par João Carronda, étudiant en deuxième année du Master 2 en Kinésithérapie en Conditions Musculosquelettiques, enseigné en partenariat par l'Institut Polytechnique de Setúbal et la Faculté des Sciences Médicales et l'École Nationale de Santé de l'Université Nova de Lisboa.

Le questionnaire vise à analyser la prise de décision des étudiants en fin de cursus de Kinésithérapie de deux écoles en France et deux au Portugal dans différents scénarios cliniques de patients atteints de DCNS, bien comme à explorer d'éventuelles différences entre les étudiants, les écoles, les cursus et les deux pays.

Le questionnaire se compose de deux sections. La première section contient des questions de nature sociodémographique et professionnelle. Dans la deuxième section, quatre scénarios cliniques (vignettes) sont présentés, représentant la variété de cas cliniques que les kinésithérapeutes observent dans leur pratique clinique.

Dans ce questionnaire, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, il vous est uniquement sollicité de répondre de la manière la plus honnête possible. Les données collectées seront traitées de manière confidentielle. Ainsi, dans le mémoire, les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier vos informations personnelles, ce qui garantit votre anonymat.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

SECTION I- Données Sociodémographiques e Professionnelles

8- Age : ____

9- Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

10- Institution d'Enseignement/École : _____

11- Combien de périodes de stage/éducation clinique a réalisé avec des patients portant des conditions musculosquelettiques toute au long de votre cursus ?

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

12- Combien d'heures de stage/éducation clinique a réalisé avec des patients portant des conditions musculosquelettiques toute au long de votre cursus ?

☐ <30h ☐ 31-60h ☐ 61-90h ☐ 91-120h ☐ >120h

13- Combien de patients souffrant de DCNS avez-vous consulté pendant les périodes de stage ?

☐ <5 ☐ 5-10 ☐ >10

14- Font, les Lignes Directrices pour la Pratique Clinique (LDPC) dans la gestion de la DCNS, partie du contenu de votre plan d'études ?

☐ Oui ☐ Non

SECTION II – Évaluation et Intervention Scénarios Cliniques (Vignettes)

Vignette 1

Une femme de 35 ans se présente en consultation avec des plaintes de douleur dans la région cervicale après un incident survenu la semaine dernière où, en faisant une manœuvre pour sortir du parking du supermarché, elle a reculé et heurté une voiture garée. La patiente affirme avoir ressenti une douleur en tournant la tête pour regarder en arrière, et avec le *stress* de remplir le constat amiable, la douleur a augmenté, ne parvenant presque pas à dormir cette nuit-là. Depuis, la patiente déclare ne pas pouvoir tourner la tête vers la gauche, car en plus de se sentir bloquée, la douleur se manifeste comme un pincement aigu très fort du côté droit, sans irradiation vers les membres supérieurs. Lorsqu'elle est au repos sans bouger la tête, elle ne ressent pas de douleur, et lorsqu'elle applique un coussin chauffant, ressent une sensation de soulagement et peut aller plus loin dans la rotation gauche. La patiente est très préoccupée car une amie lui a dit avoir vécu la même situation et eu une vertèbre déplacée. Elle pense donc qu'il serait préférable de faire des examens pour confirmer ce qui se passe vraiment.

Évaluation

4. En tenant compte les informations fournis dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliserez.

☐ Outils de mesure objective d'*outcomes*

☐ Outils de autoévaluation par le patient (PROMS comme le "*Neck Disability Index*" et "*Pain Catastrophising Scale*")

☐ Identification/exclusion de *RedFlags*

☐ Évaluation de mouvements actifs

☐ Évaluation de mouvements passifs

☐ Tests de mobilité accessoire/segmentaire cervical

☐ Tests de mobilité accessoire /segmentaire thoracique

☐ Tests spécifiques (Spurling, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique do membre supérieur)

☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")

- ☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicales ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")
- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre
- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (sensitif, moteur, réflexes ostéotendineux)
- ☐ Référencier pour consultation médicale

5. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que vous envisageriez de demander ou de conseiller.

- ☐ Rayon X/Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/échographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____

Intervention

6. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☐ Médication/Prise de Médicaments
- ☐ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☐ Biofeedback

- ☐ Manipulation cervical
- ☐ Manipulation thoracique
- ☐ Mobilisation cervicale
- ☐ Mobilisation thoracique
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neural)
- ☐ Massage
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ *McKenzie*
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie Champ Magnétique
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ *Dry Needling/* Puncture kinésithérapique par aiguille sèche
- ☐ Thérapie cognitivo--comportementale
- ☐ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____
- ☐ Référencier à autre professionnel (Médecin traitant, Médecin spécialiste, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychiatre, Psychologue...)

Vignette 2

Un homme de 42 ans se présente en consultation avec des douleurs cervicales. Le patient est enseignant et travaille depuis 2 mois avec une augmentation significative du nombre d'heures en télétravail. En raison de ces changements professionnels, le patient mentionne avoir moins de temps pour pratiquer du sport. La douleur est auto-évaluée à 6/10 principalement l'après-midi et en fin de journée, et elle est constante depuis a peut prêt un mois. Depuis l'apparition de cette douleur, le patient ne parvient pas à maintenir la seule séance hebdomadaire de padel avec

des amis. Les dernières fois, il a presque dû interrompre le jeu, incapable de faire le geste du « smash » tellement la douleur était intense, ce qui amené à une augmentation significative de celle-ci la nuit et jour suivant. La douleur est située dans la région postérieure jusqu'à la nuque, sans irradiation vers les membres supérieurs, bien que le patient établi une relation entre la douleur cervicale et les maux de tête qu'il ressent également en fin de journée et qui l'empêchent de profiter pleinement des moments en famille avec sa femme et ses enfants.

Évaluation

1. En tenant compte les informations fournis dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

☐ Outils de mesure objective d'*outcomes*

☐ Outils de autoévaluation par le patient (PROMS comme le “*Neck Disability Index*” et “*Pain Catastrophising Scale*”)

☐ Identification/exclusion de *RedFlags*

☐ Évaluation de mouvements actifs

☐ Évaluation de mouvements passifs

☐ Tests de mobilité accessoire/segmentaire cervical

☐ Tests de mobilité accessoire /segmentaire thoracique

☐ Tests spécifiques (*Spurling*, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique do membre supérieur)

☐ Test de Flexion-Rotation (“*Flexion-rotation Test*”)

☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs do cou et crânio-cervicales (“*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*”)

☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre

☐ Test Neurologique du membre supérieur (sensitif, moteur, reflexes ostéotendineux)

☐ Référencier pour consultation médicale

2. En tenant compte les informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que vous envisageriez de demander ou de conseiller.

- ☐ Rayon X/Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/écographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____

Intervention

3. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☐ Médication/Prise de Médicaments
- ☐ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☐ Biofeedback
- ☐ Manipulation cervicale
- ☐ Manipulation thoracique
- ☐ Mobilisation cervicale
- ☐ Mobilisation thoracique
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neural)
- ☐ Massage
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ *McKenzie*
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)

- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie Champ Magnétique
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ *Dry Needling*/ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche
- ☐ Thérapie cognitivo--comportementale
- ☐ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____
- ☐ Référencier à autre professionnel (Médecin traitant, Médecin spécialiste, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychiatre, Psychologue...)

Vignette 3

Une patiente de 28 ans, joueuse de rugby amateur, se présente en consultation avec des plaintes de douleur cervicale qui irradient vers le bras droit jusqu'à la main. La patiente est très préoccupée car elle affirme également ressentir des picotements dans la main. Les douleurs au cou ne sont pas très préoccupantes car elle affirme les avoir constamment depuis deux ans, mais ce qui l'inquiète ce sont les douleurs et les picotements dans le bras et la main qui ont commencé il y a environ 2 mois, surtout lorsqu'elle est en position de mêlée. Elle a été suivie par le Kinésithérapeute du club, mais elle sent que ce n'est pas suffisant et que "quelque chose ne va pas" et cela commence à affecter non seulement sa façon de jouer, mais aussi sa vie quotidienne et même la qualité du sommeil.

Évaluation

1. En tenant compte les informations fournis dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliserez.

- ☐ Outils de mesure objective d'*outcomes*

- ☐ Outils de autoévaluation par le patient (PROMS comme le “*Neck Disability Index*” et “*Pain Catastrophising Scale*”)
- ☐ Identification/exclusion de *RedFlags*
- ☐ Évaluation de mouvements actifs
- ☐ Évaluation de mouvements passifs
- ☐ Tests de mobilité accessoire/segmentaire cervical
- ☐ Tests de mobilité accessoire /segmentaire thoracique
- ☐ Tests spécifiques (Spurling, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique do membre supérieur)
- ☐ Test de Flexion-Rotation (“*Flexion-rotation Test*”)
- ☐ Tests d’endurance des muscles fléchisseurs do cou et crânio-cervicales (“*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*”)
- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre
- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (sensitif, moteur, reflexes ostéotendineux)
- ☐ Référencier pour consultation médicale

2. En tenant compte les informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que vous envisageriez de demander ou de conseiller.

- ☐ Rayon X/Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/écographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____

Intervention

3. En tenant compte les informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☐ Médication/Prise de Médicaments
- ☐ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☐ *Biofeedback*
- ☐ Manipulation cervical
- ☐ Manipulation thoracique
- ☐ Mobilisation cervicale
- ☐ Mobilisation thoracique
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neural)
- ☐ Massage
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ *McKenzie*
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie Champ Magnétique
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ *Dry Needling*/ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche
- ☐ Thérapie cognitivo--comportementale

- ☐ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____
- ☐ Référencier à autre professionnel (Médecin traitant, Médecin spécialiste, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychiatre, Psychologue...)

Vignette 4

Une adolescente de 17 ans se présente en consultation après une chute de cheval lors de l'entraînement du matin. La patiente se plaint de fortes douleurs au niveau du cou et surtout de la tête. Elle indique ne pas ressentir de douleur ni dans les membres supérieurs ni dans les membres inférieurs, bien qu'elle se sente un peu étrange et avec des pertes d'équilibre. Depuis la chute, on lui a conseillé de porter une Minerve. Elle est restée majoritairement allongée depuis et dit se sentir bien uniquement dans cette position avec les yeux fermés, n'ayant ni la force ni beaucoup d'appétit pour aller déjeuner.

Évaluation

1. En tenant compte les informations fournis dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliserez.

- ☐ Outils de mesure objective d'*outcomes*
- ☐ Outils de autoévaluation par le patient (PROMS comme le "*Neck Disability Index*" et "*Pain Catastrophising Scale*")
- ☐ Identification/exclusion de *RedFlags*
- ☐ Évaluation de mouvements actifs
- ☐ Évaluation de mouvements passifs
- ☐ Tests de mobilité accessoire/segmentaire cervical
- ☐ Tests de mobilité accessoire /segmentaire thoracique
- ☐ Tests spécifiques (Spurling, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique do membre supérieur)
- ☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")
- ☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs do cou et crânio-cervicales ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")
- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre

- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (sensitif, moteur, reflexes ostéotendineux)
- ☐ Référencier pour consultation médicale

2. En tenant compte les informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que vous envisageriez de demander ou de conseiller.

- ☐ Rayon X/Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/échographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____

Intervention

3. En tenant compte les informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☐ Médication/Prise de Médicaments
- ☐ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☐ Biofeedback
- ☐ Manipulation cervical
- ☐ Manipulation thoracique
- ☐ Mobilisation cervicale

- ☐ Mobilisation thoracique
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neural)
- ☐ Massage
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ *McKenzie*
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie Champ Magnétique
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ *Dry Needling*/ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche
- ☐ Thérapie cognitivo--comportementale
- ☐ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____
- ☐ Référencier à autre professionnel (Médecin traitant, Médecin spécialiste, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychiatre, Psychologue...)

Versão Pós Comité de Peritos Portugueses

Questionário sobre a prática clínica da Fisioterapia em utentes com Dor Cervical Não Específica (DCNE):

Este questionário insere-se numa investigação para uma dissertação de mestrado realizada por João Carronda, estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pelo Instituto Politécnico de Setúbal, e pela Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde, da Universidade Nova de Lisboa.

O questionário tem como objetivo analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal em diferentes cenários clínicos de pacientes com DCNE e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos e os dois países.

O questionário é constituído por duas secções. A primeira seção contém questões de natureza sociodemográfica e profissional. Na segunda seção são apresentados 4 cenários clínicos (vinhetas) que representam a variedade de casos clínicos que os fisioterapeutas observam na sua prática clínica.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta possível.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, desta forma, na Dissertação os resultados da pesquisa não identificarão a sua informação pessoal, o que lhe garante assim o anonimato.

Muito obrigada pela sua colaboração.



limesurvey_survey_9
71419 (6).lss

[Prática Clínica da Fisioterapia em Utentes com Dor Cervical Não Específica \(ips.pt\)](https://inqueritos.ips.pt/index.php?r=survey/index&sid=971419&newtest=Y&lang=pt)

<https://inqueritos.ips.pt/index.php?r=survey/index&sid=971419&newtest=Y&lang=pt>

SECÇÃO I- Dados Sociodemográficos e Profissionais

15- Idade: ____

16- Sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

17- Instituição de Ensino: _____

18- Ao longo do curso quantos períodos de estágio/educação clínica realizou com pacientes com condições músculo-esqueléticas?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

19- Ao longo do curso quantas horas de estágio/educação clínica realizou com pacientes com condições músculo-esqueléticas?

☐ <30h

☐ 31-60h

☐ 61-90h

☐ 91-120h

☐ >120h

20- A quantos utentes com DCNE **prestou cuidados de Fisioterapia** no decorrer dos estágios?

☐ <5

☐ 5-10

☐ >10

21- As Normas de Orientação Clínica para os pacientes com DCNE fazem parte dos conteúdos de seu plano de estudos?

☐ Sim

☐ Não

SECÇÃO II – Avaliação e Intervenção Cenários Clínicos (Vinhetas)

Vinheta 1

Utente do sexo feminino, com 35 anos chega à consulta com queixas de dor na região cervical após um incidente na semana passada. Ao fazer a manobra de marcha atrás para sair do parque de estacionamento do supermercado, bateu contra um carro que estava estacionado. A utente diz ter sentido uma dor ao virar a cabeça para olhar para trás. Com o stress de fazer a declaração amigável, a dor foi aumentando não tendo conseguido dormir quase nada nessa noite. A utente refere que, desde então, não consegue virar a cabeça para a esquerda. Além de se sentir bloqueada, a dor aparece como uma pontada aguda muito forte do lado direito sem irradiação para os membros superiores. Quando se encontra em repouso sem mexer a cabeça não sente dor. Quando aplica uma almofada que aquece no micro-ondas tem uma sensação de relaxamento e pode ir mais longe na rotação esquerda. A utente está bastante preocupada pois uma amiga disse que lhe tinha acontecido o mesmo e que tinha deslocado uma vértebra. Por isso, ela pensa que seria melhor fazer exames para confirmar o que se passa.

Avaliação

7. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica **desta utente**, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

☐ Instrumentos de avaliação objetiva

☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)

☐ Identificação/exclusão de RedFlags

☐ Avaliação de movimentos ativos

☐ Avaliação de movimentos passivos

☐ Testes de **mobilidade segmentar** cervical

☐ Testes de **mobilidade segmentar** torácica

☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)

☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)

☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)

- ☐ Teste de dor/pressão com algómetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (**dermatomas, miotomas**, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

8. Tendo em consideração as informações fornecidas na história **clínica desta utente**, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

- ☐ **Radiografia/Raio-X**
- ☐ TAC
- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler
- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____
- ☒ **Nenhum**

Intervenção

9. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica **desta utente**, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☒ ~~Medicação~~
- ☐ **Relaxamento**
- ☒ **Colar Cervical (imobilização)**
- ☒ **Educação (Aconselhamento de Repouso)**
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☒ **Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)**
- ☒ **Educação (Aconselhamento para se manter ativo)**

- ☐ Manipulação cervical
- ☐ Manipulação torácica
- ☐ Mobilização fisiológica cervical
- ☐ Mobilização acessória cervical
- ☐ Mobilização fisiológica torácica
- ☐ Mobilização acessória torácica
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☐ Referenciar para Médico de família
- ☐ Referenciar para Médico Especialista
- ☐ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☐ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☐ Outros (Por favor especifique)

Vinheta 2

Utente do sexo masculino, com 42 anos, apresenta-se na consulta com dor na região cervical. O utente é professor e trabalha desde há 2 meses em teletrabalho, tendo aumentado significativamente o número de horas de trabalho. Devido a estas modificações laborais, o utente refere que tem tido menos tempo para fazer desporto. A dor é quantificada em 6/10 na Escala Numérica da Dor, principalmente à tarde e fim do dia, e tem sido constante desde há 1 mês. Desde a aparição desta dor, o utente refere que lhe é difícil manter a única sessão semanal de padel que tem com amigos, pois das últimas vezes quase teve de interromper o jogo. Não foi capaz de fazer o “*smash*” devido à intensidade da dor, a qual sofreu um aumento significativo nessa noite e no dia seguinte. A dor situa-se na região posterior até à nuca e não tem irradiação para os membros superiores. Contudo, o utente refere uma relação entre a dor cervical e dores de cabeça que tem tido (igualmente no fim do dia) e que o impedem de aproveitar ao máximo os momentos com a esposa e os filhos.

Avaliação

4. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica **deste utente**, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

☐ Instrumentos de avaliação objetiva

☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)

☐ Identificação/exclusão de RedFlags

☐ Avaliação de movimentos ativos

☐ Avaliação de movimentos passivos

☐ Testes de **mobilidade segmentar** cervical

☐ Testes de **mobilidade segmentar** torácica

☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)

☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)

☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)

☐ Teste de dor/pressão com algómetro

☐ Teste Neurológico do membro superior (**dermatomas, miotomas**, reflexos osteotendinosos)

☐ Referenciar para consulta médica

5. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste utente, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

☐ Radiografia/Raio-X

☐ TAC

☐ Ressonância Magnética

☐ Ecografia

☐ Doppler

☐ Cintigrafia óssea

☐ Outro (Por favor especifique) _____

☒ Nenhum

Intervenção

6. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste utente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

☒ ~~Medicação~~

☐ Relaxamento

☒ Colar Cervical (imobilização)

☒ Educação (Aconselhamento de Repouso)

☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)

☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)

☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)

☐ Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)

☒ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)

☐ Manipulação cervical

☐ Manipulação torácica

- ☐ Mobilização fisiológica cervical
- ☐ Mobilização acessória cervical
- ☐ Mobilização fisiológica torácica
- ☐ Mobilização acessória torácica
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☐ Referenciar para Médico de família
- ☐ Referenciar para Médico Especialista
- ☐ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☐ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☐ Outros (Por favor especifique)

Utente do sexo feminino, com 28 anos, jogadora amadora de Rugby, vem à consulta com queixas de dor cervical que se prolongam pelo membro superior direito até à mão. A utente está muito preocupada pois diz igualmente sentir formigueiro na mão. As dores na região cervical não são muito valorizadas, pois a utente refere a sua presença constante desde há dois anos. O que a preocupa são as dores e formigueiro no membro superior que começaram há cerca de 2 meses, sobretudo quando está na posição de mêlée. Tem sido acompanhada pelo fisioterapeuta do clube, mas agora sente que algo mais tem de ser feito. Refere que “algo não está bem” e começa a afetar não só a forma como joga, mas igualmente a sua vida/tarefas diárias e até a qualidade do sono.

Avaliação

4. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

☐ Instrumentos de avaliação objetiva

☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)

☐ Identificação/exclusão de RedFlags

☐ Avaliação de movimentos ativos

☐ Avaliação de movimentos passivos

☐ Testes de mobilidade segmentar cervical

☐ Testes de mobilidade segmentar torácica

☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)

☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)

☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)

☐ Teste de dor/pressão com algómetro

☐ Teste Neurológico do membro superior (dermatomas, miotomas, reflexos osteotendinosos)

☐ Referenciar para consulta médica

5. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

☐ Radiografia/Raio-X

☐ TAC

☐ Ressonância Magnética

☐ Ecografia

☐ Doppler

☐ Cintigrafia óssea

☐ Outro (Por favor especifique) _____

☒ Nenhum

Intervenção

6. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

☐ Medicação

☐ Relaxamento

☒ Colar Cervical (imobilização)

☒ Educação (Aconselhamento de Repouso)

☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)

☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)

☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)

☐ Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)

☒ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)

☐ Manipulação cervical

☐ Manipulação torácica

☒ Mobilização fisiológica cervical

- ☐ Mobilização acessória cervical
- ☐ Mobilização fisiológica torácica
- ☐ Mobilização acessória torácica
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☐ Referenciar para Médico de família
- ☐ Referenciar para Médico Especialista
- ☐ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☐ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____

Vinheta 4

Adolescente de 17 anos, do sexo feminino, vem à consulta após uma queda de cavalo no treino da manhã. A utente refere fortes dores ao nível da região cervical e, sobretudo de cefaleias.

Refere não ter dor nem nos membros superiores nem nos inferiores, embora se sinta um pouco “esquisita” e com uma sensação de falta de equilíbrio. Desde a queda foi-lhe aconselhado um colar cervical, tem estado deitada e diz que só se sente bem nesta posição, com os olhos fechados, não tendo tido forças nem grande apetite para ir almoçar.

Avaliação

4. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

☐ Instrumentos de avaliação objetiva

☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)

☐ Identificação/exclusão de RedFlags

☐ Avaliação de movimentos ativos

☐ Avaliação de movimentos passivos

☐ Testes de mobilidade segmentar cervical

☐ Testes de mobilidade segmentar torácica

☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)

☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)

☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)

☐ Teste de dor/pressão com algómetro

☐ Teste Neurológico do membro superior (dermatomas, miotomas, reflexos osteotendinosos)

☐ Referenciar para consulta médica

5. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

☐ Radiografia/Raio-X

☐ TAC

- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler
- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____
- ☒ Nenhum

Intervenção

6. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☒ Medicação
- ☒ Relaxamento
- ☒ Colar Cervical (imobilização)
- ☒ Educação (Aconselhamento de Repouso)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☒ Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)
- ☒ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Manipulação cervical
- ☐ Manipulação torácica
- ☒ Mobilização fisiológica cervical
- ☒ Mobilização acessória cervical
- ☒ Mobilização fisiológica torácica
- ☒ Mobilização acessória torácica
- ☒ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical

- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☒ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☒ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☒ Referenciar para Médico de família
- ☒ Referenciar para Médico Especialista
- ☒ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☒ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☒ Outros (Por favor especifique)

Versão Pós Comité de Peritos Franceses

Questionnaire/Enquête sur la pratique clinique de la kinésithérapie chez les patients atteints de Doleur Cervical Non Spécifique (DCNS) :

Ce questionnaire fait partie d'un mémoire de recherche de Master 2 réalisé par João Carronda, étudiant en deuxième année du Master 2 en Kinésithérapie en Conditions Musculosquelettiques, enseigné en partenariat par l'Institut Polytechnique de Setúbal et la Faculté des Sciences Médicales et l'École Nationale de Santé de l'Université Nova de Lisboa.

Le questionnaire vise à analyser la prise de décision des étudiants en fin de cursus de Kinésithérapie de deux écoles en France et deux au Portugal dans différents scénarios cliniques de patients atteints de DCNS, bien comme à explorer d'éventuelles différences entre les étudiants, les écoles, les cursus et les deux pays.

Le questionnaire se compose de deux sections. La première section contient des questions de nature sociodémographique et professionnelle. Dans la deuxième section, quatre scénarios cliniques (vignettes) sont présentés, représentant la variété de cas cliniques que les kinésithérapeutes observent dans leur pratique clinique.

Dans ce questionnaire, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, il vous est uniquement sollicité de répondre de la manière la plus honnête possible. Les données collectées seront traitées de manière confidentielle. Ainsi, dans le mémoire, les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier vos informations personnelles, ce qui garantit votre anonymat.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.



limesurvey_survey_9
71419 (8).lss

[Pratique Clinique de la Kinésithérapie chez les patients atteints de Douleur Cervicale Non Spécifique](https://inqueritos.ips.pt/index.php?r=survey/index&sid=971419&newtest=Y&lang=fr) (DCNS)

<https://inqueritos.ips.pt/index.php?r=survey/index&sid=971419&newtest=Y&lang=fr>

SECTION I- Données Sociodémographiques et Professionnelles

22- Age : ____

23- Sexe :

☐ Féminin

☐ Masculin

24- Institution d'Enseignement/École : _____

25- Combien de périodes de stage/éducation clinique avez-vous réalisé avec des patients portant des conditions musculosquelettiques toute au long de votre cursus ?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

26- Combien d'heures de stage/éducation clinique avez-vous réalisé avec des patients portant des conditions musculosquelettiques toute au long de votre cursus ?

☐ <30h

☐ 31-60h

☐ 61-90h

☐ 91-120h

☐ >120h

27- Combien de patients souffrant de DCNS avez-vous consulté pendant les périodes de stage ?

☐ <5

☐ 5-10

☐ >10

28- Les Lignes Directrices pour la Pratique Clinique (LDPC) dans la gestion de la DCNS, font-elles partie du contenu de votre plan d'études ?

☐ Oui

☐ Non

SECTION II – Évaluation et Intervention Scénarios Cliniques (Vignettes)

Vignette 1

Une femme de 35 ans se présente en consultation avec des plaintes de douleur dans la région cervicale après un incident survenu la semaine dernière. En faisant une manœuvre pour sortir du parking du supermarché, elle a reculé et heurté une voiture garée. La patiente affirme avoir ressenti une douleur en tournant la tête pour regarder en arrière. Avec le *stress* de remplir le constat amiable, la douleur a augmenté, ne parvenant presque pas à dormir cette nuit-là. Depuis, la patiente déclare ne pas pouvoir tourner la tête vers la gauche. En plus de se sentir bloquée, la douleur se manifeste comme un pincement aigu très fort du côté droit, sans irradiation vers les membres supérieurs. Lorsqu'elle est au repos sans bouger la tête, elle ne ressent pas de douleur. Lors de l'application d'un coussin chauffant, la patiente ressent une sensation de soulagement et peut aller plus loin dans la rotation gauche. La patiente est très préoccupée car une amie lui a dit avoir vécu la même situation et eu une vertèbre déplacée. Elle pense donc qu'il serait préférable de faire des examens pour confirmer ce qui se passe.

Évaluation

10. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

☐ Instruments de mesure et d'évaluation

☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le "Neck Disability Index" et "Pain Catastrophising Scale")

☐ Identification/exclusion de *RedFlags*

☐ Évaluation de mouvements actifs

☐ Évaluation de mouvements passifs

☐ Tests de mobilité segmentaire cervical

☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique

☐ Tests spécifiques (Spurling, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)

☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")

☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")

- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre
- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)
- ☐ Réorientation vers consultation médicale

11. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que (selon les recommandations de bonnes pratiques) devraient être prescrits par le médecin.

- ☐ Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/écographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____
- ☒ Aucun

Intervention

12. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☒ ~~Médication/Prise de Médicaments~~
- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☒ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☒ Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)
- ☒ Education (Conseil pour se maintenir actif)

- ☐ Manipulation cervical
- ☐ Manipulation thoracique
- ☒ Mobilisation physiologique cervicale
- ☒ Mobilisation accessoire cervicale
- ☒ Mobilisation physiologique thoracique
- ☒ Mobilisation accessoire thoracique
- ☒ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐ Massage
- ☐ McKenzie
- ☒ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☒ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☒ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☒ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☒ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☒ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☒ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☒ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☒ Autre (Préciser s.v.p.)

Vignette 2

Un homme de 42 ans se présente en consultation avec des douleurs cervicales. Le patient est enseignant et travaille depuis 2 mois avec une augmentation significative du nombre d'heures en télétravail. En raison de ces changements professionnels, le patient mentionne avoir moins de temps pour pratiquer du sport. La douleur est auto-évaluée à 6/10 principalement l'après-midi et en fin de journée, et elle est constante depuis a peut prêt un mois. Depuis l'apparition de cette douleur, le patient ne parvient pas à maintenir la seule séance hebdomadaire de padel avec des amis. Les dernières fois, il a presque dû interrompre le jeu. Incapable de faire le geste du « smash » due à l'intensité de la douleur, ce qui amené à une augmentation significative de celle-ci la nuit et jour suivant. La douleur est située dans la région postérieure jusqu'à la nuque, sans irradiation vers les membres supérieurs. Le patient établi une relation entre la douleur cervicale et les maux de tête qu'il ressent (également en fin de journée) et qui l'empêchent de profiter pleinement des moments en famille avec sa femme et ses enfants.

Évaluation

1. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

☐ Instruments de mesure et d'évaluation

☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le "Neck Disability Index" et "Pain Catastrophising Scale")

☐ Identification/exclusion de RedFlags

☐ Évaluation de mouvements actifs

☐ Évaluation de mouvements passifs

☐ Tests de mobilité segmentaire cervical

☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique

☐ Tests spécifiques (*Spurling*, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)

☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")

☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")

☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre

☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)

☐ Réorientation vers consultation médicale

2. En tenant compte **des** informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que **(selon les recommandations de bonnes pratiques)** devraient être prescrits par le médecin.

- ☐ Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/échographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____
- ☒ Aucun

Intervention

3. En tenant compte **des** informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☒ ~~Médication/Prise de Médicaments~~
- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☒ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☒ Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)
- ☒ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Manipulation cervical
- ☐ Manipulation thoracique

- ☒ Mobilisation physiologique cervicale
- ☒ Mobilisation accessoire cervicale
- ☒ Mobilisation physiologique thoracique
- ☒ Mobilisation accessoire thoracique
- ☒ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐ Massage
- ☐ McKenzie
- ☒ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☒ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☒ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☒ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☒ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☒ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☒ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☒ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☒ Autre (Préciser s.v.p.) _____

Vignette 3

Une patiente de 28 ans, joueuse de rugby amateur, se présente en consultation avec des plaintes de douleur cervicale qui irradie vers le bras droit jusqu'à la main. La patiente est très préoccupée car elle affirme également ressentir des picotements dans la main. Les douleurs au cou ne sont pas très préoccupantes car elle affirme les avoir constamment depuis deux ans, mais ce qui l'inquiète ce sont les douleurs et les picotements dans le bras et la main qui ont commencé il y a environ 2 mois, surtout lorsqu'elle est en position de mêlée. Elle a été suivie par le Kinésithérapeute du club, mais elle sent que ce n'est pas suffisant et que "quelque chose ne va pas" et cela commence à affecter non seulement sa façon de jouer, mais aussi sa vie quotidienne et même la qualité du sommeil.

Évaluation

1. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

☐ Instruments de mesure et d'évaluation

☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le "Neck Disability Index" et "Pain Catastrophising Scale")

☐ Identification/exclusion de *RedFlags*

☐ Évaluation de mouvements actifs

☐ Évaluation de mouvements passifs

☐ Tests de mobilité segmentaire cervical

☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique

☐ Tests spécifiques (*Spurling*, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)

☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")

☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")

☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre

☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)

☐ Réorientation vers consultation médicale

2. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que (selon les recommandations de bonnes pratiques) devraient être prescrits par le médecin.

☐ Radiographie

☐ Scanner

☐ IRM

☐ Ultrasons/écographie

☐ Doppler

☐ Scintigraphie Osseuse

☐ Autre (préciser s.v.p.) _____

☒ Aucun

Intervention

3. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

☒ Médication/Prise de Médicaments

☐ Relaxation

☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)

☒ Education (Conseil de rester au repos)

☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)

☐ Education (Conseil et orientation postural)

☐ Education (sur ergonomie au travail)

☒ Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)

☒ Education (Conseil pour se maintenir actif)

☐ Manipulation cervical

☐ Manipulation thoracique

- ☐ Mobilisation physiologique cervicale
- ☐ Mobilisation accessoire cervicale
- ☐ Mobilisation physiologique thoracique
- ☐ Mobilisation accessoire thoracique
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐ Massage
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☐ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☐ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☐ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☐ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____

Vignette 4

Une adolescente de 17 ans se présente en consultation après une chute de cheval lors de l'entraînement du matin. La patiente se plaint de fortes douleurs au niveau du cou et surtout de la tête. Elle indique ne pas ressentir de douleur ni dans les membres supérieurs ni dans les membres inférieurs, bien qu'elle se sente un peu étrange et avec des pertes d'équilibre. Depuis la chute, on lui a conseillé de porter une Minerve. Elle est restée majoritairement allongée depuis et dit se sentir bien uniquement dans cette position avec les yeux fermés, n'ayant ni la force ni beaucoup d'appétit pour aller déjeuner.

Évaluation

1. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

☐ Instruments de mesure et d'évaluation

☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le "Neck Disability Index" et "Pain Catastrophising Scale")

☐ Identification/exclusion de RedFlags

☐ Évaluation de mouvements actifs

☐ Évaluation de mouvements passifs

☐ Tests de mobilité segmentaire cervical

☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique

☐ Tests spécifiques (*Spurling*, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)

☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")

☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")

☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre

☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)

☐ Réorientation vers consultation médicale

2. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que (selon les recommandations de bonnes pratiques) devraient être prescrits par le médecin.

- ☐ Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/échographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____
- ☒ Aucun

Intervention

3. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☒ ~~Médication/Prise de Médicaments~~
- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☒ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☒ Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)
- ☒ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Manipulation cervical
- ☐ Manipulation thoracique
- ☒ Mobilisation physiologique cervicale
- ☒ Mobilisation accessoire cervicale
- ☒ Mobilisation physiologique thoracique
- ☒ Mobilisation accessoire thoracique
- ☒ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)

- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐ Massage
- ☐ McKenzie
- ☒ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☒ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☒ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☒ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☒ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☒ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☒ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☒ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☒ Autre (Préciser s.v.p.)

Versão Final Pós Estudo Piloto Português

Este questionário insere-se numa investigação para uma dissertação de mestrado realizada por João Carronda, estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pelo Instituto Politécnico de Setúbal, e pela Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde, da Universidade Nova de Lisboa.

O questionário tem como objetivo analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal em diferentes cenários clínicos de pacientes com DCNE e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos e os dois países.

O questionário é constituído por duas secções. A primeira seção contém questões de natureza sociodemográfica e profissional. Na segunda seção são apresentados 4 cenários clínicos (vinhetas) que representam a variedade de casos clínicos que os fisioterapeutas observam na sua prática clínica.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta possível.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, desta forma, na Dissertação os resultados da pesquisa não identificarão a sua informação pessoal, o que lhe garante assim o anonimato.

Muito obrigada pela sua colaboração.

[Prática Clínica da Fisioterapia em Utentes com Dor Cervical Não Específica \(DCNE\)](#)

<https://inqueritos.ips.pt/index.php?r=survey/index&sid=971419&newtest=Y&lang=pt>

SECÇÃO I- Dados Sociodemográficos e Profissionais

29- Idade: ____

30- Sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

31- Instituição de Ensino que frequenta: _____

32- Ao longo do curso quantos períodos de estágio/educação clínica realizou com pacientes com condições músculo-esqueléticas?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

33- Ao longo do curso quantas horas de estágio/educação clínica realizou com pacientes com condições músculo-esqueléticas?

☐ <30h

☐ 31-60h

☐ 61-90h

☐ 91-120h

☐ >120h

34- A quantos utentes com DCNE prestou cuidados de Fisioterapia no decorrer dos estágios?

☐ <5

☐ 5-10

☐ >10

35- As Normas de Orientação Clínica para os pacientes com DCNE fazem parte dos conteúdos de seu plano de estudos?

☐ Sim

☐ Não

SECÇÃO II – Avaliação e Intervenção Cenários Clínicos (Vinheta)

Vinheta 1

Utente do sexo feminino, com 35 anos chega à consulta com queixas de dor na região cervical após um incidente na semana passada. Ao fazer a manobra de marcha atrás para sair do parque de estacionamento do supermercado, bateu contra um carro que estava estacionado. A utente diz ter sentido uma dor ao virar a cabeça para olhar para trás. Com o stress de fazer a declaração amigável, a dor foi aumentando não tendo conseguido dormir quase nada nessa noite. A utente refere que, desde então, não consegue virar a cabeça para a esquerda. Além de se sentir bloqueada, a dor aparece como uma pontada aguda muito forte do lado direito sem irradiação para os membros superiores. Quando se encontra em repouso sem mexer a cabeça não sente dor. Quando aplica uma almofada que aquece no micro-ondas tem uma sensação de relaxamento e pode ir mais longe na rotação esquerda. A utente está bastante preocupada pois uma amiga disse que lhe tinha acontecido o mesmo e que tinha deslocado uma vértebra. Por isso, ela pensa que seria melhor fazer exames para confirmar o que se passa.

Avaliação

13. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Instrumentos de avaliação objetiva
- ☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos
- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)

- ☐ Teste de dor/pressão com algómetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (dermatomas, miotomas, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

14. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

- ☐ Radiografia/Raio-X
- ☐ TAC
- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler
- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____
- ☐ Nenhum

Intervenção

15. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☐ Relaxamento
- ☐ Colar Cervical (imobilização)
- ☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☐ Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)
- ☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Manipulação cervical

- ☐ Manipulação torácica
- ☐ Mobilização fisiológica cervical
- ☐ Mobilização acessória cervical
- ☐ Mobilização fisiológica torácica
- ☐ Mobilização acessória torácica
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☐ Referenciar para Médico de Família
- ☐ Referenciar para Médico Especialista
- ☐ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☐ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____

Vinheta 2

Utente do sexo masculino, com 42 anos, apresenta-se na consulta com dor na região cervical. O utente é professor e trabalha desde há 2 meses com um aumento significativo do número de

horas de teletrabalho. Devido a estas modificações laborais, o utente refere que tem tido menos tempo para fazer desporto. A dor é quantificada em 6/10 na Escala Numérica da Dor, principalmente à tarde e fim do dia, e tem sido constante desde há 1 mês. Desde a aparição desta dor, o utente refere que lhe é difícil manter a única sessão semanal de padel que tem com amigos, pois das últimas vezes quase teve de interromper o jogo. Não foi capaz de fazer o “smash” devido à intensidade da dor, a qual sofreu um aumento significativo nessa noite e no dia seguinte. A dor situa-se na região posterior até à nuca e não tem irradiação para os membros superiores. Contudo, o utente refere uma relação entre a dor cervical e dores de cabeça que tem tido (igualmente no fim do dia) e que o impedem de aproveitar ao máximo os momentos com a esposa e os filhos.

Avaliação

7. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste utente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Instrumentos de avaliação objetiva
- ☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos
- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)
- ☐ Teste de dor/pressão com algómetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (dermatomas, miotomas, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

8. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste utente, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

☐ Radiografia/Raio-X

☐ TAC

☐ Ressonância Magnética

☐ Ecografia

☐ Doppler

☐ Cintigrafia óssea

☐ Outro (Por favor especifique) _____

☐ Nenhum

Intervenção

9. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica deste utente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

☐ Relaxamento

☐ Colar Cervical (imobilização)

☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)

☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)

☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)

☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)

☐ Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)

☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)

☐ Manipulação cervical

☐ Manipulação torácica

☐ Mobilização fisiológica cervical

☐ Mobilização acessória cervical

☐ Mobilização fisiológica torácica

- ☐ Mobilização acessória torácica
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☐ Referenciar para Médico de família
- ☐ Referenciar para Médico Especialista
- ☐ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☐ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____

Vinheta 3

Utente do sexo feminino, com 28 anos, jogadora amadora de Rugby **na posição de pilar esquerdo (1ª Linha)**, vem à consulta com queixas de dor cervical que se prolongam pelo membro superior direito até à mão. A utente está muito preocupada pois diz igualmente sentir formigueiro na mão. As dores na região cervical não são muito valorizadas, pois a utente refere

a sua presença constante desde há dois anos. O que a preocupa são as dores e formigueiro no membro superior que começaram há cerca de 2 meses, sobretudo quando está na posição de formação ordenada (mêlée/scrum). Tem sido acompanhada pelo fisioterapeuta do clube, mas agora sente que algo mais tem de ser feito. Refere que “algo não está bem” e começa a afetar não só a forma como joga, mas igualmente a sua vida/tarefas diárias e até a qualidade do sono.

Avaliação

7. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Instrumentos de avaliação objetiva
- ☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos
- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)
- ☐ Teste de dor/pressão com algómetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (dermatomas, miotomas, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

8. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

- ☐ Radiografia/Raio-X

- ☐ TAC
- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler
- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____
- ☐ Nenhum

Intervenção

9. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☐ Relaxamento
- ☐ Colar Cervical (imobilização)
- ☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☐ Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)
- ☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Manipulação cervical
- ☐ Manipulação torácica
- ☐ Mobilização fisiológica cervical
- ☐ Mobilização acessória cervical
- ☐ Mobilização fisiológica torácica
- ☐ Mobilização acessória torácica
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical

- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)
- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☐ Referenciar para Médico de família
- ☐ Referenciar para Médico Especialista
- ☐ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☐ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____

Vinheta 4

Adolescente de 17 anos, do sexo feminino, vem à consulta após uma queda de cavalo no treino da manhã. A utente refere fortes dores ao nível da região cervical e, sobretudo de cefaleias. Refere não ter dor nem nos membros superiores nem nos inferiores, embora se sinta um pouco “esquisita” e com uma sensação de falta de equilíbrio. Desde a queda foi-lhe aconselhado um colar cervical, tem estado deitada e diz que só se sente bem nesta posição, com os olhos fechados, não tendo tido forças nem grande apetite para ir almoçar.

Avaliação

7. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de avaliação que utilizaria.

- ☐ Instrumentos de avaliação objetiva
- ☐ Instrumentos de auto-preenchimento (PROMS como Neck Disability Index e Pain Catastrophising Scale)
- ☐ Identificação/exclusão de RedFlags
- ☐ Avaliação de movimentos ativos
- ☐ Avaliação de movimentos passivos
- ☐ Testes de mobilidade segmentar cervical
- ☐ Testes de mobilidade segmentar torácica
- ☐ Testes específicos (Spurling, Tração cervical, Valsalva, Neurodinâmica do membro superior)
- ☐ Teste de Flexão-Rotação (Flexion-rotation Test)
- ☐ Testes de endurance dos músculos flexores do pescoço e crânio-cervicais (Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests)
- ☐ Teste de dor/pressão com algómetro
- ☐ Teste Neurológico do membro superior (dermatomas, miotomas, reflexos osteotendinosos)
- ☐ Referenciar para consulta médica

8. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale o(s) Exame(s) Complementar(es) de Diagnóstico que (segundo as Normas de Orientação Clínica) deveria(m) ser prescrito(s) pelo médico.

- ☐ Radiografia/Raio-X
- ☐ TAC
- ☐ Ressonância Magnética
- ☐ Ecografia
- ☐ Doppler

- ☐ Cintigrafia óssea
- ☐ Outro (Por favor especifique) _____
- ☐ Nenhum

Intervenção

9. Tendo em consideração as informações fornecidas na história clínica desta utente, por favor assinale todas as modalidades de Intervenção que utilizaria.

- ☐ Relaxamento
- ☐ Colar Cervical (imobilização)
- ☐ Educação (Aconselhamento de Repouso)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre a natureza, gestão e curso da condição)
- ☐ Educação (Aconselhamento e orientação postural)
- ☐ Educação (Aconselhamento sobre ergonomia no trabalho)
- ☐ Educação (baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental)
- ☐ Educação (Aconselhamento para se manter ativo)
- ☐ Manipulação cervical
- ☐ Manipulação torácica
- ☐ Mobilização fisiológica cervical
- ☐ Mobilização acessória cervical
- ☐ Mobilização fisiológica torácica
- ☐ Mobilização acessória torácica
- ☐ Mobilização com movimento (MWM Mulligan)
- ☐ Tração cervical
- ☐ Neurodinâmica (mobilização neural)
- ☐ Massagem
- ☐ McKenzie
- ☐ Exercícios de controlo motor com *Biofeedback* de pressão (*Stabilizer*)

- ☐ Exercícios de mobilidade (ROM)
- ☐ Exercícios de Força
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Exercícios de endurance
- ☐ Exercícios de Flexibilidade
- ☐ TENS, Ultrasom, Diatermia
- ☐ Laser
- ☐ Terapia por Ondas Magnéticas/Magnetoterapia
- ☐ Termoterapia (Calor vs frio)
- ☐ Acunpunctura
- ☐ Punção Seca (*Dry Needling*)
- ☐ Referenciar para Médico de família
- ☐ Referenciar para Médico Especialista
- ☐ Referenciar para Osteopata ou Quiropata
- ☐ Referenciar para Psiquiatra ou Psicólogo
- ☐ Outros (Por favor especifique) _____

Versão Final Pós Estudo Piloto Francês

Questionnaire/Enquête sur la pratique clinique de la kinésithérapie chez les patients atteints de Doleur Cervical Non Spécifique (DCNS) :

Ce questionnaire fait partie d'un mémoire de recherche de Master 2 réalisé par João Carronda, étudiant en deuxième année du Master 2 en Kinésithérapie en Conditions Musculosquelettiques, enseigné en partenariat par l'Institut Polytechnique de Setúbal et la Faculté des Sciences Médicales et l'École Nationale de Santé de l'Université Nova de Lisboa.

Le questionnaire vise à analyser la prise de décision des étudiants en fin de cursus de Kinésithérapie de deux écoles en France et deux au Portugal dans différents scénarios cliniques de patients atteints de DCNS, bien comme à explorer d'éventuelles différences entre les étudiants, les écoles, les cursus et les deux pays.

Le questionnaire se compose de deux sections. La première section contient des questions de nature sociodémographique et professionnelle. Dans la deuxième section, quatre scénarios cliniques (vignettes) sont présentés, représentant la variété de cas cliniques que les kinésithérapeutes observent dans leur pratique clinique.

Dans ce questionnaire, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, il vous est uniquement sollicité de répondre de la manière la plus honnête possible. Les données collectées seront traitées de manière confidentielle. Ainsi, dans le mémoire, les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier vos informations personnelles, ce qui garantit votre anonymat.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

[Pratique Clinique de la Kinésithérapie chez les patients atteints de Douleur Cervicale Non Spécifique \(DCNS\)](https://inqueritos.ips.pt/index.php?r=survey/index&sid=971419&newtest=Y&lang=fr)

<https://inqueritos.ips.pt/index.php?r=survey/index&sid=971419&newtest=Y&lang=fr>

SECTION I- Données Sociodémographiques et Professionnelles

36- Age : ____

37- Sexe :

Fém☒inir

Masculin☒

38- Institution d'Enseignement/École : _____

39- Combien de périodes de stage/éducation clinique avez-vous réalisé avec des patients portant des conditions musculosquelettiques toute au long de votre cursus ?

☐1

☐2

☐3

☐4

☐5

40- Combien d'heures de stage/éducation clinique avez-vous réalisé avec des patients portant des conditions musculosquelettiques toute au long de votre cursus ?

☐ <30h

☐ 31-60h

☐ 61-90h

☐ 91-120h

☐ >120h

41- Combien de patients souffrant de DCNS avez-vous consulté pendant les périodes de stage ?

☐ <5

☐ 5-10

☐ >10

42- Les Lignes Directrices pour la Pratique Clinique (LDPC) dans la gestion de la DCNS, font-elles partie du contenu de votre plan d'études ?

☐ Oui

☐ Non

SECTION II – Évaluation et Intervention Scénarios Cliniques (Vignettes)

Vignette 1

Une femme de 35 ans se présente en consultation avec des plaintes de douleur dans la région cervicale après un incident survenu la semaine dernière. En faisant une manœuvre pour sortir du parking du supermarché, elle a reculé et heurté une voiture garée. La patiente affirme avoir ressenti une douleur en tournant la tête pour regarder en arrière. Avec le *stress* de remplir le constat amiable, la douleur a augmenté, ne parvenant presque pas à dormir cette nuit-là. Depuis, la patiente déclare ne pas pouvoir tourner la tête vers la gauche. En plus de se sentir bloquée, la douleur se manifeste comme un pincement aigu très fort du côté droit, sans irradiation vers les membres supérieurs. Lorsqu'elle est au repos sans bouger la tête, elle ne ressent pas de douleur. Lors de l'application d'un coussin chauffant, la patiente ressent une sensation de soulagement et peut aller plus loin dans la rotation gauche. La patiente est très préoccupée car une amie lui a dit avoir vécu la même situation et eu une vertèbre déplacée. Elle pense donc qu'il serait préférable de faire des examens pour confirmer ce qui se passe.

Évaluation

16. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

☐ Instruments de mesure et d'évaluation

☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le “*Neck Disability Index*” et “*Pain Catastrophising Scale*”)

☐ Identification/exclusion de *RedFlags*

☐ Évaluation de mouvements actifs

☐ Évaluation de mouvements passifs

☐ Tests de mobilité segmentaire cervical

☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique

☐ Tests spécifiques (Spurling, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)

☐ Test de Flexion-Rotation (“*Flexion-rotation Test*”)

☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux (“*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*”)

- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre
- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)
- ☐ Réorientation vers consultation médicale

17. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que (selon les recommandations de bonnes pratiques) devraient être prescrits par le médecin.

- ☐ Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/écographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____
- ☐ Aucun

Intervention

18. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☐ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☐ Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)
- ☐ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Manipulation cervical

- ☐ Manipulation thoracique
- ☐ Mobilisation physiologique cervicale
- ☐ Mobilisation accessoire cervicale
- ☐ Mobilisation physiologique thoracique
- ☐ Mobilisation accessoire thoracique
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐ Massage
- ☐ *McKenzie*
- ☐ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☐ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☐ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☐ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☐ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____

Vignette 2

Un homme de 42 ans se présente en consultation avec des douleurs cervicales. Le patient est enseignant et travaille depuis 2 mois avec une augmentation significative du nombre d'heures

en télétravail. En raison de ces changements professionnels, le patient mentionne avoir moins de temps pour pratiquer du sport. La douleur est auto-évaluée à 6/10 principalement l'après-midi et en fin de journée, et elle est constante depuis a peut prêt un mois. Depuis l'apparition de cette douleur, le patient ne parvient pas à maintenir la seule séance hebdomadaire de padel avec des amis. Les dernières fois, il a presque dû interrompre le jeu. Incapable de faire le geste du « smash » due à l'intensité de la douleur, ce qui amené à une augmentation significative de celle-ci la nuit et jour suivant. La douleur est située dans la région postérieure jusqu'à la nuque, sans irradiation vers les membres supérieurs. Le patient établi une relation entre la douleur cervicale et les maux de tête qu'il ressent (également en fin de journée) et qui l'empêchent de profiter pleinement des moments en famille avec sa femme et ses enfants.

Évaluation

2. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

- ☐ Instruments de mesure et d'évaluation
- ☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le “*Neck Disability Index*” et “*Pain Catastrophising Scale*”)
- ☐ Identification/exclusion de *RedFlags*
- ☐ Évaluation de mouvements actifs
- ☐ Évaluation de mouvements passifs
- ☐ Tests de mobilité segmentaire cervical
- ☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique
- ☐ Tests spécifiques (*Spurling*, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)
- ☐ Test de Flexion-Rotation (“*Flexion-rotation Test*”)
- ☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux (“*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*”)
- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre
- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)
- ☐ Réorientation vers consultation médicale

3. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que (selon les recommandations de bonnes pratiques) devraient être prescrits par le médecin.

☐ Radiographie

☐ Scanner

☐ IRM

☐ Ultrasons/échographie

☐ Doppler

☐ Scintigraphie Osseuse

☐ Autre (préciser s.v.p.) _____

☐ Aucun

Intervention

4. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de ce patient, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

☐ Relaxation

☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)

☐ Education (Conseil de rester au repos)

☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)

☐ Education (Conseil et orientation postural)

☐ Education (sur ergonomie au travail)

☐ Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)

☐ Education (Conseil pour se maintenir actif)

☐ Manipulation cervical

☐ Manipulation thoracique

☐ Mobilisation physiologique cervicale

☐ Mobilisation accessoire cervicale

- ☐ Mobilisation physiologique thoracique
- ☐ Mobilisation accessoire thoracique
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐ Massage
- ☐ *McKenzie*
- ☐ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☐ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☐ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☐ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☐ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____

Une patiente de 28 ans, joueuse de rugby amateur, pilier gauche (première ligne), se présente en consultation avec des plaintes de douleur cervicale qui irradie vers le membre supérieur droit jusqu'à la main. La patiente est très préoccupée car elle affirme également ressentir des picotements dans la main. Les douleurs dans la région cervicale ne sont pas très valorisées car elle affirme les avoir constamment depuis deux ans. Ce qui l'inquiète ce sont les douleurs et les picotements dans le membre supérieur qui ont commencé il y a environ 2 mois, surtout lorsqu'elle est en position de mêlée. Elle est suivie par le Kinésithérapeute du club, mais elle sent que ce n'est pas suffisant et que "quelque chose ne va pas" et cela commence à affecter non seulement sa façon de jouer, mais aussi sa vie quotidienne et même la qualité du sommeil.

Évaluation

2. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

- ☐ Instruments de mesure et d'évaluation
- ☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le "Neck Disability Index" et "Pain Catastrophising Scale")
- ☐ Identification/exclusion de *RedFlags*
- ☐ Évaluation de mouvements actifs
- ☐ Évaluation de mouvements passifs
- ☐ Tests de mobilité segmentaire cervical
- ☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique
- ☐ Tests spécifiques (*Spurling*, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)
- ☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")
- ☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")
- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre
- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)
- ☐ Réorientation vers consultation médicale

3. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que (selon les recommandations de bonnes pratiques) devraient être prescrits par le médecin.

- ☐ Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Ultrasons/échographie
- ☐ Doppler
- ☐ Scintigraphie Osseuse
- ☐ Autre (préciser s.v.p.) _____
- ☐ Aucun

Intervention

4. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☐ Relaxation
- ☐ Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☐ Education (Conseil de rester au repos)
- ☐ Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐ Education (Conseil et orientation postural)
- ☐ Education (sur ergonomie au travail)
- ☐ Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)
- ☐ Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐ Manipulation cervical
- ☐ Manipulation thoracique
- ☐ Mobilisation physiologique cervicale
- ☐ Mobilisation accessoire cervicale
- ☐ Mobilisation physiologique thoracique

- ☐ Mobilisation accessoire thoracique
- ☐ Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐ Traction cervicale
- ☐ Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐ Massage
- ☐ *McKenzie*
- ☐ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☐ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☐ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☐ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☐ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____

Vignette 4

Une adolescente de 17 ans se présente en consultation après une chute de cheval lors de l'entraînement du matin. La patiente se plaint de fortes douleurs au niveau du cou et surtout de la tête. Elle indique ne pas ressentir de douleur ni dans les membres supérieurs ni dans les membres inférieurs, bien qu'elle se sente un peu étrange et avec des pertes d'équilibre. Depuis

la chute, on lui a conseillé de porter une Minerve. Elle est restée majoritairement allongée depuis et dit se sentir bien uniquement dans cette position avec les yeux fermés, n'ayant ni la force ni beaucoup d'appétit pour aller déjeuner.

Évaluation

2. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'évaluation que vous utiliseriez.

- ☐ Instruments de mesure et d'évaluation
- ☐ Instruments de mesure des résultats de santé rapportés par le patient (PROMS comme le "Neck Disability Index" et "Pain Catastrophising Scale")
- ☐ Identification/exclusion de *RedFlags*
- ☐ Évaluation de mouvements actifs
- ☐ Évaluation de mouvements passifs
- ☐ Tests de mobilité segmentaire cervical
- ☐ Tests de mobilité segmentaire thoracique
- ☐ Tests spécifiques (*Spurling*, Traction cervicale, Valsalva, Neurodynamique du membre supérieur)
- ☐ Test de Flexion-Rotation ("*Flexion-rotation Test*")
- ☐ Tests d'endurance des muscles fléchisseurs du cou et crânio-cervicaux ("*Cranial cervical flexion and neck flexors muscles endurance tests*")
- ☐ Test de seuil de pression à la douleur avec algomètre
- ☐ Test Neurologique du membre supérieur (dermatomes, myotomes, reflexes ostéotendineux)
- ☐ Réorientation vers consultation médicale

3. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher tous les Examens Complémentaires de Diagnostic que (selon les recommandations de bonnes pratiques) devraient être prescrits par le médecin.

- ☐ Radiographie
- ☐ Scanner

- ☐IRM
- ☐Ultrasons/écographie
- ☐Doppler
- ☐Scintigraphie Osseuse
- ☐Autre (préciser s.v.p.) _____
- ☐Aucun

Intervention

4. En tenant compte des informations fournies dans l'histoire clinique de cette patiente, veuillez cocher toutes les modalités d'intervention que vous utiliseriez.

- ☐Relaxation
- ☐Minerve/Collier Cervical (immobilisation)
- ☐Education (Conseil de rester au repos)
- ☐Education (sur la nature, gestion et évolution clinique de la condition)
- ☐Education (Conseil et orientation postural)
- ☐Education (sur ergonomie au travail)
- ☐Education (basée sur les principes de la thérapie cognitivo—comportementale)
- ☐Education (Conseil pour se maintenir actif)
- ☐Manipulation cervical
- ☐Manipulation thoracique
- ☐Mobilisation physiologique cervicale
- ☐Mobilisation accessoire cervicale
- ☐Mobilisation physiologique thoracique
- ☐Mobilisation accessoire thoracique
- ☐Mobilisation avec mouvement (*Mobilisation With Movement Mulligan*)
- ☐Traction cervicale
- ☐Neurodynamique (mobilisation neurale)
- ☐Massage
- ☐McKenzie

- ☐ Exercices de contrôle moteur avec *Biofeedback* de pression (*Stabilizer*)
- ☐ Exercices de mobilité (*ROM*)
- ☐ Exercices de Force
- ☐ Exercices de contrôle moteur
- ☐ Exercices d'endurance
- ☐ Exercices de Souplesse/Flexibilité
- ☐ TENS, Ultrason, Diathermie
- ☐ Laser
- ☐ Thérapie par champs électromagnétiques/Magnétothérapie
- ☐ Thermothérapie (Chaud vs froid)
- ☐ Acupuncture
- ☐ Puncture kinésithérapique par aiguille sèche/ *Dry Needling*
- ☐ Réorienter vers Médecin Généraliste
- ☐ Réorienter vers Médecin Spécialiste
- ☐ Réorienter vers Ostéopathe ou Chiropracteur
- ☐ Réorienter vers Psychiatre ou Psychologue
- ☐ Autre (Préciser s.v.p.) _____

Apêndice 2 – Critérios de classificação das modalidades recomendadas/ não recomendadas e sem recomendação

Para avaliar de que forma os participantes integram as recomendações das NOC's no que toca à gestão da DCNE, foi utilizado em todas as vinhetas, e para as modalidades de avaliação e de intervenção, o critério (recomendado/ não recomendado/sem recomendação) informado pelas NOC's de (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a). Adicionalmente, e para as modalidades de intervenção, utilizou-se o estudo de (J. Zadro et al., 2019).

Tabela 13. Critérios de classificação das modalidades recomendadas/ não recomendadas e sem recomendação.

NOCs	Recomendado	Não Recomendado	Sem Recomendação
(Bier et al., 2018)	Modalidades de avaliação e intervenção apoiadas por evidência científica classificadas como benéficas na DCNE. Associadas a níveis de evidência forte, moderada ou fraca, mas consistente.	Modalidades de avaliação e intervenção identificadas como ineficazes, de benefício nulo ou potencialmente prejudiciais. Sustentadas por evidência moderada a forte contra a prática ou por consenso negativo de especialistas.	Modalidades de avaliação e intervenção com evidência insuficiente, inconsistente ou inconclusiva, não permitindo formular recomendação a favor ou contra. O autor recorre à expressão “ <i>no recommendation possible</i> ”.
(Blanpied et al., 2017a)	Modalidades de avaliação e intervenção apoiadas pela evidência científica e com benefício clínico comprovado. São associadas a níveis de evidência A, B ou C (forte, moderada ou fraca, mas consistente).	Modalidades de avaliação e intervenção identificadas como ineficazes ou potencialmente prejudiciais, ou ainda quando os riscos superam os benefícios. Normalmente assente em evidência moderada a forte contra a prática.	Situações em que a evidência é insuficiente, inconsistente ou inconclusiva, não permitindo formular uma recomendação a favor ou contra
(J. Zadro et al., 2019)	Intervenções apoiadas por evidência consistente em revisões sistemáticas, mostrando eficácia clínica relevante e segurança. Classificadas como “ <i>recommended</i> ”.	Intervenções com evidência de ineficácia ou potenciais danos, ou quando os efeitos são mínimos em comparação com placebo/controlo. Classificadas como “ <i>Not recommended</i> ”.	Intervenções para as quais a evidência é de baixa qualidade, inconsistente, escassa ou inconclusiva, impedindo recomendações firmes. Classificadas como “ <i>no recommendation</i> ”.

Apêndice 3 – Recomendações das NOCs para os Exames Complementares de Diagnóstico

Quanto aos exames complementares de diagnóstico, as CPG's de (Bier et al., 2018; Blanpied et al., 2017a) não abordam este assunto da mesma forma. (Bier et al., 2018) aborda alguns aspetos quanto à prescrição de exames complementares ainda que se focalize de forma mais concreta na avaliação dos aspetos clínicos que permitem uma triagem eficaz. A prescrição de exames é apenas abordada de forma geral nas condições em que estejam presentes red flag's. Por outro lado, (Blanpied et al., 2017a), é significativamente mais concreto quanto a este assunto. Esta CPG organiza as suas recomendações de acordo com a classificação da task force que gradua a DCNE de I a IV.

As recomendações para utentes com DCNE de grau I ou seja, dor cervical sem sinais ou sintomas sugestivos de lesões estruturais e sem impacto nas atividades da vida diária (AVD) e de grau II, que apresentam como diferença com o grau precedente um impacto maior nas AVD's, são a de uma gestão conservadora da condição sem necessidade de prescrição de exames complementares de diagnóstico, a não ser que verifique a presença de red flag's. Para a DCNE de grau III, onde ainda que não existam sinais e sintomas de lesões estruturais graves, embora que se verifique presença de sintomas neurológicos (sensitivos ou motores), (Blanpied et al., 2017a) recomenda a prescrição de ressonância magnética (RM) em primeira intenção.

Para DCNE específica ou de grau IV as recomendações quanto aos exames complementares de diagnóstico são obrigatórias e variam de acordo com os sintomas. Em caso de traumatismo a radiografia/raio X é o gold standart. A RM é indicada para sinais de sofrimento neural e a RM com contraste para casos onde haja suspeita de infeção ou tumor. Em caso de suspeita de lesão óssea deverá ser prescrito um TAC e por fim a prescrição de uma angio-RM/TAC é indicada para dissecação vascular (artéria vertebral ou carótida interna).

Tabela 14. Recomendações das NOCs para os Exames Complementares de Diagnóstico.

Domínio		Exames Complementares de diagnóstico	Avaliação						
Item		Radiografia/ Raio-X	TAC	Ressonância Magnética	Ecografia	Doppler	Cintigrafia óssea	Outro	Nenhum
Vineta 1	Zadro 2019	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação
	Blanpied 2017	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado
	Bier 2018	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação
Vineta 2	Zadro 2019	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação
	Blanpied 2017	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado
	Bier 2018	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação
Vineta 3	Zadro 2019	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação
	Blanpied 2017	Recomendado	Recomendado	Recomendado	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Não recomendado
	Bier 2018	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação

Tabela 14. (Cont.) Recomendações das NOCs para os Exames Complementares de Diagnóstico.

Domínio		Exames Complementares de diagnóstico	Avaliação						
Item		Radiografia/ Raio-X	TAC	Ressonância Magnética	Ecografia	Doppler	Cintigrafia óssea	Outro	Nenhum
Vineta 4*	Zadro 2019	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação
	Blanpied 2017	Recomendado	Recomendado	Recomendado	Recomendado	Recomendado	Recomendado	Não recomendado	Não recomendado
	Bier 2018	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação	Sem recomendação

* Bier et al 2018 e Blanpied et al 2017, apenas abordam a DCNE e, portanto, os graus I,II,III. Na avaliação a identificação de Red Flags justifica a referência para consulta médica e posterior prescrição de exames complementares de diagnóstico. A confirmação ou exclusão dos reds flags inclui ou exclui o grau IV DCEspecífica.

Apêndice 4 - Carta Convite ao comité de Peritos/Experts

Caro(a) colega,

Sou o João Filipe Baptista Moreno Carronda e frequento atualmente o 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia nas condições músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Serve a presente carta para o/a convidar a participar, na qualidade de perito, no processo de validação facial e de conteúdo do questionário que estou a desenvolver sob a orientação científica do Professor Eduardo Cruz e no âmbito da dissertação final de Mestrado, que tem por base a resposta a um questionário após a leitura de quatro cenários clínicos (vinhetas), com o objetivo de analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal na gestão dos diferentes cenários de pacientes com DCNE apresentados e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos, e os dois países.

O questionário (Apêndice 1) é constituído por 2 secções. A primeira secção contém questões de natureza sociodemográfica e profissional. Na segunda secção são colocadas questões sobre a Gestão (Avaliação e Intervenção) de 4 cenários clínicos (vinhetas) que representam a variedade de casos clínicos que os fisioterapeutas observam na sua prática clínica.

Considerando a sua experiência e expertise na área das condições músculo-esqueléticas, e da dor cervical não específica em particular, vimos por este meio solicitar a sua colaboração para a validação facial e de conteúdo do questionário.

A validade facial é uma medida subjetiva de validade, e diz respeito ao grau em que um instrumento aparenta medir aquilo que de facto pretende medir. Esta medida não é uma forma de validade no sentido em que o instrumento mede o constructo de interesse, mas fornece informação de como potenciais participantes poderão interpretar e responder aos itens (DeVonnet al., 2007). A validade de conteúdo examina a medida em que todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos itens do questionário (DeVonnet al., 2007; Terwee et al., 2007).

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário responda às questões que lhe são colocadas na grelha de avaliação (Apêndice 5). Solicitamos ainda a contabilização do tempo despendido no preenchimento do questionário e o registo no local indicado.

Em caso de alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me através do seguinte email: 220512008@estudantes.ips.pt.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração na construção e validação do estudo, conscientes da importância do seu contributo.

Atenciosamente,

João Carronda

Apêndice 5 - Grelha de Avaliação do Comité de Peritos/Experts

INSTRUÇÕES

A sua participação tem por objetivo avaliar a validade facial e de conteúdo do questionário. Relativamente à validade facial pretende-se de uma forma geral, avaliar a clareza, compreensão, relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, de forma a produzir uma versão final do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas a quem se destina o preenchimento. Pretende-se ainda especificamente, identificar perguntas problemáticas, determinar razões subjacentes e registar as soluções propostas para uma melhor formulação com a inclusão de comentários e/ou sugestões de alteração face às questões propostas (Bolarinwa, 2015). Relativamente à validade de conteúdo pretende-se examinar se todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos *itens* do questionário que se encontra dividido em duas secções, a primeira que contém questões de natureza sociodemográfica e profissional, a segunda onde são colocadas questões sobre a gestão (Avaliação e Intervenção) de 4 cenários clínicos (vinhetas) que representam a variedade de casos clínicos que os fisioterapeutas observam na sua prática clínica.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

SECÇÃO I – Caracterização dos Fisioterapeutas Peritos/Experts

1. Nome: _____

2. Idade: ____ anos

3. Qual a região do país onde exerce a sua prática clínica?

☐ Portugal Continental Norte

☐ Portugal Continental Centro

☐ Portugal Continental Sul

☐ Região Autónoma dos Açores

☐ Região Autónoma da Madeira

4. Qual o sector de prática onde exerce?

☐ Setor Público

☐ Setor Privado

☐ Setor Público-Privado

☐ Outro Qual? _____

5. Local onde exerce a profissão: _____

6. Tempo de exercício profissional na área de músculo-esquelética: _____ anos

7. Quais as suas qualificações académicas? (Assinale todas as que se aplicam)

Grau

☐ Bacharelato em Fisioterapia

☐ Licenciatura em Fisioterapia

☐ Mestre em Fisioterapia

☐ Mestre numa área relacionada

Especifique por favor:

☐ Doutorado em Fisioterapia

☐ Doutorado numa área relacionada

Especifique por favor:

8. Realizou formações pós-graduadas na área de condições músculo-esqueléticas?

☐ Sim ☐ Não

8.1. Se sim, especifique por favor:

SEÇÃO II – Opinião sobre o questionário

1. No geral, considera o questionário claro, fácil de compreender e responder? Considera-o adaptado aos futuros respondentes (estudantes finalistas do curso de fisioterapia)? As instruções são claras?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “não”, por favor explique porquê:

2. Tendo em conta a população a quem se dirige o questionário, considera que os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar?

☐ Sim ☐ Não

Se a respondeu “não”, especifique qual o item(ns) e porquê.

3. Considera que todos os itens do questionário são claros e fáceis de compreender e responder?

☐ Sim ☐ Não

Se a respondeu “não”, especifique qual o item/palavra e sugira outro(a) para o(a) substituir.

4. Considera que todas as opções de resposta são claras e coerentes com as questões/ afirmações efetuadas?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “não”, especifique qual o item e porquê.

5. Considera algum item/palavra pouco claro(a) ou ambíguo(a)?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “sim”, indique o item/palavra que sugere adicionar e/ou substituir.

6. Considera algum item do questionário inadequado culturalmente?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “sim”, indique o item e sugira outro para o substituir.

Quanto tempo demorou a responder ao questionário? _____ Min.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice 6 - Carta Convite à Participação no Estudo Piloto

Caro(a) colega,

Sou o João Filipe Baptista Moreno Carronda e frequento atualmente o 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia nas condições músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Serve a presente carta para o/a convidar a participar num estudo piloto que estou a desenvolver sob a orientação científica do Professor Eduardo Cruz e no âmbito da dissertação final de Mestrado, que tem por base a resposta a um questionário após a leitura de quatro cenários clínicos (vinhetas), com o objetivo de analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal na gestão dos diferentes cenários de pacientes com DCNE apresentados e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos e os dois países.

O questionário (Apêndice 3) é constituído por 2 secções. A primeira secção contém questões de natureza sociodemográfica e profissional. Na segunda secção são colocadas questões sobre a gestão (Avaliação e Intervenção) de 4 cenários clínicos (vinhetas) que representam a variedade de casos clínicos que os fisioterapeutas observam na sua prática clínica.

Considerando que apresenta os critérios de inclusão à integração no estudo, vimos por este meio, solicitar a sua colaboração para avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação dos *itens* e das palavras utilizadas no questionário.

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário responda às questões que lhe são colocadas (Apêndice 7), para que possamos ter em conta a sua opinião sobre a compreensão e pertinência dos *itens* constituintes do questionário. Solicitamos ainda a contabilização do tempo despendido no preenchimento do questionário e o registo no local indicado.

Em caso de alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me através do seguinte email: 220512008@estudantes.ips.pt.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração na construção e validação do estudo, conscientes da importância do seu contributo.

Atenciosamente,

João Carronda

Apêndice 7 - Grelha de Avaliação do Estudo Piloto

INSTRUÇÕES

A sua participação tem por objetivo avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação dos *itens* e das palavras utilizadas no questionário. O questionário é constituído por duas secções, a primeira secção contém questões de natureza sociodemográfica e profissional, a segunda secção é composta por questões sobre a Gestão (Avaliação e Intervenção) dos 4 cenários clínicos (vinhetas) de utentes com DCNE.

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário *online* responda às questões que lhe são colocadas de forma a dar a sua opinião sobre a compreensão e adequação dos *itens* do questionário. Solicitamos ainda que contabilize o tempo que despendeu no preenchimento deste questionário e o registe no local indicado.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

SECÇÃO I – Caracterização dos Estudantes de Fisioterapia

1. Nome: _____

2. Idade: ____ anos

3. Quais as suas qualificações académicas? (Assinale todas as que se aplicam)

Grau

☐ Bacharelato noutra área relacionada

Especifique por favor:

☐ Licenciatura noutra área relacionada

Especifique por favor:

☐ Mestre numa área relacionada

Especifique por favor:

☐ Doutorado numa área relacionada

Especifique por favor:

8. Realizou formações pós-graduadas numa área relacionada?

☐ Sim ☐ Não

8.1. Se sim, especifique por favor:

SEÇÃO II – Opinião sobre o questionário

1. No geral, considera o questionário claro, fácil de compreender e responder? Considera-o adaptado aos futuros respondentes (estudantes finalistas do curso de fisioterapia)? As instruções são claras?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “não”, por favor explique porquê:

2. Tendo em conta a população a quem se dirige o questionário, considera que os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar?

☐ Sim ☐ Não

Se a respondeu “não”, especifique qual o item(s) e porquê.

3. Considera que todos os itens do questionário são claros e fáceis de compreender e responder?

☐ Sim ☐ Não

Se a respondeu “não”, especifique qual o item/palavra e sugira outro(a) para o(a) substituir.

4. Considera que todas as opções de resposta são claras e coerentes com as questões/ afirmações efetuadas?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “não”, especifique qual o item e porquê.

5. Considera algum item/palavra pouco claro(a) ou ambíguo(a)?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “sim”, indique o item/palavra que sugere adicionar e/ou substituir.

6. Considera algum item do questionário inadequado culturalmente?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “sim”, indique o item e sugira outro para o substituir.

Quanto tempo demorou a responder ao questionário? _____ Min.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice 8 - Carta explicativa aos participantes:

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar na primeira fase deste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue.

Este documento inclui duas partes: a Parte 1 apresenta-lhe informação sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a Parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

Parte 1: Propósito da primeira fase do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é a finalidade do estudo?

A finalidade do estudo é de analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal em diferentes cenários clínicos de pacientes com DCNE e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos e os dois países.

Para tal, deverá cumprir o seguinte critério de elegibilidade: ser estudante finalista inscrito no último ano dos referidos cursos.

Excluem-se do presente estudo estudantes não finalistas e fisioterapeutas diplomados.

Por que fui convidado(a)?

Foi convidado(a) a participar neste estudo por ser estudante finalista do curso de Fisioterapia.

Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar no presente estudo é sua, e é voluntária. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e se necessário contactar-nos para colocar as suas questões adicionais. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Para tal, basta que interrompa o preenchimento do questionário, sem necessidade de submeter qualquer

resposta obrigatória. Esta decisão não tem qualquer impacto no seu contexto académico ou futuro contexto profissional.

O que acontece se aceitar participar?

Se aceitar participar, será redirecionado para o formulário de consentimento informado, no qual estará disponível a seleção da opção “declaro que aceito participar”.

O que terei que fazer?

Terá que responder a 1 questionário. O tempo total de preenchimento do questionário tem um tempo estimado de x (a indicar após o estudo piloto) minutos.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos prometer que este estudo o(a) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir que a informação que dele retirarmos ajudar-nos-á a analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal em diferentes cenários clínicos de pacientes com DCNE e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos e os dois países.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Os procedimentos descritos para a realização deste estudo, não apresentam riscos associados. Também não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão, se sentir prejudicado(a), poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação, bastando apenas que interrompa o preenchimento do questionário.

E se houver algum problema?

Qualquer queixa que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordado(a) ou qualquer dano associado serão considerados. Na parte 2 deste documento, poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

Se a informação disponibilizada na parte 1 lhe despertou interesse em participar, por favor leia a informação adicional apresentada na parte 2 antes de tomar qualquer decisão.

Parte 2: A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Para tal, basta que interrompa o preenchimento do questionário, sem necessidade de submeter qualquer resposta obrigatória. Esta decisão não tem qualquer impacto no seu contexto académico ou futuro contexto profissional. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do seguinte e-mail: 220512008@estudantes.ips.pt.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação, poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265 709 395), o responsável pela disciplina “Relatório de Investigação”, através do seguinte e-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt, ou um membro da Comissão de Ética, através do endereço: comissao.etica@ips.pt.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. As suas respostas ao questionário serão codificadas e introduzidas por mim (João Carronda) numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados digital) será armazenada em local seguro na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e estará apenas acessível ao investigador deste estudo e respetivo orientador. Os questionários preenchidos serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

O que irá acontecer às informações que der sobre mim?

Serão recolhidos dados relativos às suas características sociodemográficas e profissionais e colocadas questões sobre a sua prática na avaliação e Intervenção de utentes com DCNE a partir de 4 cenários clínicos (vinhetas) que representam a variedade de casos clínicos que os fisioterapeutas observam na sua prática clínica. Estes dados serão agregados e nunca serão apresentados de forma individual. Pretendem apenas caracterizar, em conjunto, os participantes neste estudo e a sua prática clínica. Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento. O código que permite a identificação indireta do titular dos dados será eliminado após o fim do estudo.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação e poderão ser publicados em revistas científicas ou divulgados em conferências, congressos e outros eventos científicos. Sempre que isso aconteça, os resultados serão apresentados de forma agregada, não sendo possível identificá-lo(a) em circunstância alguma. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos. O código que permite a identificação indireta do titular dos dados será eliminado, três anos após o fim do estudo. Os questionários serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

Os Investigadores

João Carronda, e-mail: 220512008@estudantes.ips.pt

Eduardo B. Cruz, e-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt

Apêndice 9 - Formulário de Consentimento Informado:

Caro(a) colega,

É convidado(a) a participar num estudo realizado pelo discente João Filipe Baptista Moreno Carronda, sob orientação científica do professor Eduardo Cruz, enquadrado na Unidade Curricular de Opção, projeto de investigação, do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a *Nova Medical School*/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa.

O objetivo deste estudo é analisar a tomada de decisão dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia de duas escolas em França e duas em Portugal em diferentes cenários clínicos de pacientes com DCNE e explorar eventuais diferenças entre os estudantes, as escolas, os cursos e os dois países.

Foi selecionado(a) para participar neste estudo por ser um(a) aluno finalista do curso de fisioterapia. Se não frequentar o último ano do plano de estudos do curso de fisioterapia por favor não preencha este questionário.

A sua participação neste estudo é voluntária e é-lhe apenas solicitado que complete este questionário, com um tempo de preenchimento estimado de (a completar após estudo piloto) minutos. Pode, a todo o momento abandonar o preenchimento do mesmo se assim o entender.

A sua participação far-se-á em total anonimato através da utilização de um sistema de codificação de identidade. Os seus dados serão utilizados exclusivamente na apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia, mas nunca de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Por favor, selecione o item abaixo para continuar:

☐ Declaro ter compreendido a informação fornecida e aceito participar neste estudo.

8 Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Setúbal



Identificação do documento: CE-IPS – PI nº 96A/2024

Título do projeto: “Tomada de decisão clínica na gestão da Dor Cervical Não

Específica: um Survey para estudantes finalistas de duas escolas em Portugal e duas em França”.

Investigador principal:

João Filipe Baptista Moreno Carronda

Equipa de investigação:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (orientador)

<https://www.cienciavitaee.pt/ES19-780A-FBB9>

Unidade Orgânica do IPS: Escola Superior de Saúde

Outras Unidades/Participantes: Nova Medical School/

Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde

Pública da Universidade Nova de Lisboa

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Documentos recebidos

Na primeira submissão foram recebidos os seguintes documentos:

- Formulário “Pedido de parecer para projetos de investigação”;
- Anexos:
 - Cronograma;
 - Carta explicativa do estudo (Apêndice 1);
 - Declaração de consentimento informado (Apêndice 2);
 - Instrumento de recolha de dados:
 - Questionário sobre a prática clínica da Fisioterapia em utentes com DCNE (Apêndice 3);
 - Carta Convite ao comité de Peritos/Experts (Apêndice 4);
 - Grelha de Avaliação do Comité de Peritos/Experts (Apêndice 5);
 - Carta Convite à Participação no Estudo Piloto (Apêndice 6);
 - Grelha de Avaliação do Estudo Piloto (Apêndice 7);
- Termo de Responsabilidade para investigador responsável (João Filipe Baptista Moreno Carronda);
- Termo de Responsabilidade para estudante e orientador (estudante: João Filipe Baptista Moreno Carronda / orientador científico: Eduardo Brazete Cruz);
- Curriculum Vitae (CV) do investigador principal (João Filipe Baptista Moreno Carronda);
- M_RGPD_004_RegistoAtividadesRecolhaTratamentoDados.

Na resubmissão foram recebidos os seguintes documentos:

- Formulário “Pedido de parecer para projetos de investigação”;
- Declaração de ausência de conflito de interesses e incompatibilidades.

1. Foi solicitado o link do questionário, integrado no ponto 2.5 do formulário "Pedido de parecer para projetos de investigação". O investigador explicou que o questionário ainda não está ativo no Limesurvey pois ainda falta o estudo piloto e, na probabilidade que do estudo piloto possa resultar alterações ao questionário, ainda não o ativou. Considera-se que o apêndice do questionário é, neste momento, o bastante. Alerta-se o investigador que se vierem a ser consideradas alterações, subsequentes ao estudo piloto, deve ser realizada adenda ao projeto e submetida à Comissão de Ética.
2. Foi clarificada a forma como o consentimento informado é assinado e foram realizadas as respetivas alterações no mesmo (espaço para a data e para as respetivas assinaturas). Sugere-se que seja introduzida no documento a seguinte informação: "Este documento será impresso em duplicado de forma que o original seja anexado no processo de recolha de dados sendo o duplicado remetido ao participante do estudo".
3. Foi retificada a denominação da Unidade Curricular na "Declaração de consentimento informado" (Apêndice 2).
4. O Cronograma foi ajustado.
5. Foi rececionada a declaração de ausência de conflito de interesses e incompatibilidades.

Conclusão

A CE-IPS considera que o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes. Considerando a informação adicionada pela equipa de investigação, emite-se parecer favorável para a realização da investigação nos termos do projeto submetido, a partir da data deste parecer.

Aprovação CE-IPS: 20 maio 2024.

Presidente da CE-IPS

Assinado por: **Luís Filipe Silva Marques Nunes**
Número de identificação: 00000027
Data: 2024.05.20 15:11:47 (UTC)

