



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Margarida Silva **Contributo para a validação da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia***

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

Orientadora

Professora Doutora Carmen Caeiro

Coorientadora

Professora Doutora Lúcia Domingues

Novembro de 2022

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Carmen Caeiro e coorientação da Professora Doutora Lúcia Domingues.

Declaro que este Relatório de Projeto 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,

Margarida Mendes da Silva

Setúbal, 30 de novembro de 2022

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

O(A) orientador(a),

Professora Doutora Carmen Caeiro

Setúbal, 30 de novembro de 2022

“Nothing worth having comes easy”

Theodore Roosevelt

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carmen Caeiro e à Professora Doutora Lúcia Domingues gostaria de agradecer pela valiosa orientação e coorientação, respetivamente, durante toda a realização deste projeto de investigação, pela dedicação, disponibilidade e por todas as aprendizagens.

Agradeço aos meus colegas do mestrado pela partilha de conhecimentos, em especial ao meu colega e parceiro na investigação João Moreira, por toda a ajuda e apoio durante os meses desta caminhada, que certamente não seria tão proveitosa realizar sozinha.

Aos utentes e a todos os colegas fisioterapeutas que participaram neste projeto, em especial aos meus colegas e amigos do Hospital Trofa Saúde Amadora, obrigada pela paciência, colaboração e ajuda, que desde o início demonstraram para comigo.

A toda a minha família, sem exceção, obrigada pela compreensão e por mesmo longe, terem estado sempre presentes nos bons e maus momentos durante estes dois anos.

Ao meu namorado agradeço por acreditar constantemente em mim, não me deixar desistir e ser a força e a base para conseguir concluir este sonho, que sem ele não seria possível.

A todas as minhas amigas e amigos, pelo carinho e por todas as palavras certas nos momentos certos que guardo no coração.

A todos os que participaram neste estudo e o fizeram acontecer, o meu muito obrigada!

RESUMO

Contributo para a validação da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia*

Margarida Silva, Lúcia Domingues e Carmen Caeiro

Introdução: A relação terapêutica é um constructo que tem vindo a ganhar cada vez mais importância no contexto da fisioterapia musculoesquelética. A *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F) tem como objetivo avaliar a relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia. Este estudo pretendeu contribuir para a validação da RTCP-F para uso em Portugal.

Metodologia: Realizou-se um estudo longitudinal com uma amostra de indivíduos com diagnóstico clínico de uma condição musculoesquelética, a realizar tratamentos de fisioterapia. No primeiro momento de avaliação todos os participantes preencheram um questionário de caracterização sociodemográfico, a RTCP-F-VP, a versão portuguesa do *Working Alliance Inventory – Short Revised* e a versão portuguesa da *Tampa Scale of Kinesiophobia*. Após 4 a 7 dias, na avaliação intermédia (T1) e após 6 semanas, na avaliação final (T2), todos os participantes preencheram a RTCP-F-VP e a versão portuguesa da *Patient Global Impression of Change*. Este estudo seguiu as recomendações da COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments*).

Resultados: Foram incluídos 154 participantes, sendo que destes, 132 também participaram na avaliação intermédia (T1) e 80 na avaliação final (T2). Relativamente à validade de construto, a validade convergente confirmou-se parcialmente, verificando-se que existe uma associação positiva, moderada e significativa entre a pontuação total da RTCP-F-VP e a pontuação total do Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR) ($r_s = 0,451, p < 0,001$). O valor estimado do erro padrão de medida (EPM) foi de 5,197 (IC 95%: 4,525-5,857) e o da diferença mínima detetável (DMD) de 14,405. Verificou-se a presença de efeitos de “teto” para a pontuação total da escala (84,42%) e para todos os itens. O estudo do poder de resposta não suporta a existência de uma relação entre a RTCP-F-VP e a *Patient Global Impression of Change*.

Conclusão: O presente estudo contribuiu para a validação da RTCP-F-VP, contudo os resultados obtidos não suportam a sua utilização atual no contexto de prática clínica e investigação com a população portuguesa. Sugere-se a realização de novos estudos que incluam estratégias para minimizar a percentagem de efeitos de “teto” e com amostras maiores para a estimativa do poder de resposta e interpretabilidade.

Palavras-chave: validade de construto; erro de medição; poder de resposta; prática centrada na pessoa; condições musculoesqueléticas; fisioterapia.

ABSTRACT

Contribution for the validation of the *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia*

Margarida Silva, Lúcia Domingues e Carmen Caeiro

Introduction: The therapeutic relationship is a construct that has gained increasing importance in the in the context of musculoskeletal physiotherapy care. The *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F) assesses the person-centered therapeutic relationship in physical therapy. This study aimed to contribute for the validation of the RTCP-F for use in Portugal.

Methodology: A longitudinal study was carried out with a sample of individuals diagnosed with a musculoskeletal condition, undergoing physiotherapy treatments. In the initial assessment (T0), all participants filled in a sociodemographic questionnaire, the Portuguese version of the RTCP-F, the Portuguese version of the Working Alliance Inventory – Short Revised and the Portuguese version of the Tampa Scale of Kinesiophobia. After 4 to 7 days, in the intermediate evaluation (T1) and after 6 weeks, in the final evaluation (T2), all participants completed the RTCP-F-VP and the Portuguese version of the Patient Global Impression of Change. This study followed the recommendations of COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments).

Results: This study included 154 participants, of which 132 also participated in the intermediate assessment (T1) and 80 in the final assessment (T2). Regarding the construct validity, the convergent validation was partially confirmed, as it was verified that there was a positive, moderate, and significant association between the total score of the RTCP-F-VP and the total score of the Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR) ($r_s = 0,451$, $p < 0,001$). The standard error of measurement (SEM) was 5,197 (CI 95%: 4,525-5,857), and the minimum detectable difference (MDD) was 14,405. “Ceiling” effects for the total score of the scale (84.42%) and for all items were verified. The study of responsiveness did not support the relation between the RTCP-F-VP and *Patient Global Impression of Change*.

Conclusion: This study contributed to the validation of the RTCP-F-VP, however the results do not support, at the moment, its use in clinical practice and research, within the Portuguese population. Future studies, including strategies to minimize the percentage of “ceiling” effects and with larger samples to estimate the responsiveness and interpretability, are recommended.

Keywords: construct validity; measurement error; responsiveness; person-centered practice; musculoskeletal conditions; physiotherapy.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1. Contextualização do impacto das condições musculoesqueléticas | 1 |
| 1.2. Prática centrada no utente/ pessoa: recomendações e resultados | 2 |
| 1.3. Prática centrada na pessoa no âmbito da fisioterapia | 5 |
| 1.4. Barreiras e facilitadores para a construção da relação terapêutica em fisioterapia | 8 |
| 1.5. Avaliação da relação terapêutica | 10 |
| 2. METODOLOGIA | 15 |
| 2.1. Tipo de estudo | 15 |
| 2.2. Considerações éticas..... | 15 |
| 2.3. Participantes | 16 |
| 2.3.1. Critérios de inclusão e exclusão | 16 |
| 2.3.2. Recrutamento | 17 |
| 2.4. Propriedades psicométricas em estudo..... | 17 |
| 2.4.1. Validade de construto | 17 |
| 2.4.2. Erro de medição | 18 |
| 2.4.2.1. Erro padrão de medida e diferença mínima detetável | 18 |
| 2.4.2.2. Efeitos de “chão” e de “teto” | 19 |
| 2.4.3. Poder de resposta e interpretabilidade | 19 |
| 2.5. Instrumentos de medida..... | 20 |
| 2.5.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica..... | 21 |
| 2.5.2. <i>Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia</i> . | 21 |
| 2.5.3. Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista..... | 22 |
| 2.5.4. Versão Portuguesa da <i>Tampa Scale of Kinesiophobia</i> | 22 |
| 2.5.5. Versão Portuguesa da <i>Patient Global Impression of Change</i> | 23 |
| 2.6. Procedimentos de recolha de dados..... | 23 |
| 2.7. Análise Estatística | 24 |
| 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 26 |
| 3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes | 26 |
| 3.2. Propriedades psicométricas em estudo..... | 29 |
| 3.2.1. Validade de constructo | 29 |
| 3.2.2. Erro de medição | 30 |
| 3.2.2.1. Estimativa do EPM e DMD..... | 30 |

| | |
|---|--------|
| 3.2.2.2. Efeitos de “chão” e de “teto” | 30 |
| 3.2.3. Poder de resposta e interpretabilidade | 31 |
| 3.2.3.1 Método “Coeficiente correlação âncora” | 31 |
| 3.2.3.2. Método curva ROC: Área abaixo da curva | 32 |
| 3.2.3.3. Determinação da diferença mínima clinicamente importante | 34 |
| 4. DISCUSSÃO..... | 36 |
| 5. CONCLUSÃO | 43 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 44 |
| Apêndice A – Carta explicativa, declaração de consentimento informado e caderno de instrumentos | i |
| Apêndice B - Teste de normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i> das escalas RTCP-F-VP, IAT-RR e TSK- 13-VP em T0 | xx |
| Apêndice C - Resultados da RTCP-F-VP no momento inicial (T0) e após 4-7 dias (T1) para os diferentes níveis de PGIC e em cada um dos grupos | xxi |
| Apêndice D - Percentagem de efeitos de “chão” e “teto” da RTCP-F-VP do presente estudo, em comparação com os resultados do estudo original da RTCP-F..... | xxii |
| Anexo 1 – Parecer da comissão de Ética Especializada em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal..... | xxiii |
| Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco | xxvi |
| Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano..... | xxviii |

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Esquema ilustrativo do desenho do estudo.
- Figura 2 Número de participantes em cada momento de avaliação (T0, T1 e T2) e descrição das propriedades psicométricas a avaliar.
- Figura 3 Diagrama de dispersão entre a diferença RTCP-F-VP T0-T2 e a percepção global de melhoria.
- Figura 4 Curva ROC da RTCP-F-VP.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=154).
- Tabela 2 Caracterização clínica dos participantes (n=154).
- Tabela 3 Coeficiente de Correlação de Spearman para os instrumentos RTCP-F-VP, IAT-RR e TSK- 13-VP em T0.
- Tabela 4 Percentagem de efeitos de “teto” e de “chão” da RTCP-F-VP.
- Tabela 5 Resultado do coeficiente de correlação de Spearman entre a diferença RTCP-F-VP T0-T2 e a percepção global de melhoria.
- Tabela 6 Valor da Área Abaixo da Curva (AAC) para a curva ROC.
- Tabela 7 Resultados da RTCP-F-VP no momento inicial (T0) e após 6 semanas (T2) para os diferentes níveis de PGIC e em cada um dos grupos.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AAC - Área abaixo da curva
AT - Aliança terapêutica
- CAF-P - *Therapeutic Alliance in Physiotherapy Questionnaire-Patients*
- CALPAS - *California Psychotherapy Alliance Scale*
- CCI - Coeficiente de correlação intra-classe
- COSMIN - *Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments*
- DALYs - Anos de vida perdidos devido à incapacidade
- DMCI - Diferença mínima clinicamente importante
- DMD - Diferença mínima detetável
DP - Desvio padrão
- END – Escala numérica da dor
- EPM – Erro padrão de medida
- GBD - *The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study*
- HAQ - *Helping Alliance Questionnaire*
- IAT - Inventário de aliança terapêutica
ME - Musculoesqueléticas
- PCP – Prática centrada na pessoa
- PCU - Prática centrada no utente
- PGIC - *Patient Global Impression of Change*
- PTOPS - Questionário de Satisfação do Doente Ambulatório de Fisioterapia
- P-TREM - *Physiotherapy Therapeutic RElationship Measure*
- PS – Profissional de saúde
QCSC - Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica
- RCT - Estudo randomizado controlado
- ROC - *Receiver Operating Characteristic*
- RS - Revisão sistemática

r_s - Coeficiente de correlação de *Spearman*

RTCP-F - *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia*

SPSS - *Statistics Package for the Social Sciences*

STAR - *Scale to Assessment the Therapeutic Relationship*

TSK - *Tampa Scale of Kinesiophobia*

WAI - *Working Alliance Inventory*

WAI-ReD - *Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch Version*

WAI-S - *Working Alliance Inventory - Short Form*

WAI-SR - *Working Alliance Inventory – Short Revised*

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização do impacto das condições musculoesqueléticas

A prevalência das condições musculoesqueléticas (ME) tende a aumentar de modo proporcional ao envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, sendo que estas condições são as mais frequentes causas de dor e incapacidade a longo prazo, com influência a nível laboral e social (Briggs et al., 2018; Sebbag et al., 2019). O custo em consultas médicas devido a condições ME em 2003, no Reino Unido, foi de 1.340 milhões de libras (March et al., 2014). Em Portugal, as condições ME são também muito prevalentes e estão associadas não só a um significativo comprometimento da função física e da saúde mental, mas também a uma baixa qualidade de vida relacionada com a saúde, levando a um maior consumo de recursos de saúde (Branco et al., 2016). No estudo anteriormente citado, a prevalência das condições ME e reumatológicas é de cerca de 21,2%. A condição ME mais prevalente é a lombalgia (26,4%), seguida das doenças peri-articulares (15,8%) e da osteoartrose do joelho (12,4%). Segundo um estudo realizado por Azevedo e colaboradores (2014) acerca dos custos associados às condições ME em Portugal, foram observados custos totais médios anuais de 1.883,30 euros por pessoa (n=562), ascendendo a um total de 4.611,69 milhões de euros a nível nacional, com 42,7% de custos diretos e 57,3% de custos indiretos, o que equivaleu a 2,71% do PIB anual português em 2010.

A *Global Burden of Diseases* (GBD) fornece uma avaliação científica sistemática de dados publicados, relativos à incidência, prevalência e mortalidade de uma lista de diversas condições clínicas. Em 2020, foi publicado um estudo onde foram analisados dados desde 1990 a 2019. De acordo com este estudo, neste período, os anos de vida perdidos devido à incapacidade (DALYs), associados a lombalgia, tiveram um aumento de 46,9%. No que diz respeito a outras condições ME (que incluem diversas condições individuais, excluindo a lombalgia e a cervicalgia), o aumento verificado foi de 128,9% (GBD, 2020).

Segundo um outro estudo publicado previamente pela GBD, foi estimado que em 2017 as condições ME tinham uma prevalência mundial de 1,3 mil milhões e uma incidência perto dos 335 milhões de novos casos por ano (não incluindo quedas, acidentes rodoviários ou durante o trabalho) (GBD, 2018). Relativamente à carga da doença, no ano de 2017, as condições ME foram associadas a quase 135.88 milhões de anos vividos

com incapacidade (YLDs), traduzindo um aumento de 38,4% de YLDs entre 1990-2007 e de 19,9% entre 2007-2017 (GBD, 2018). De acordo com os investigadores este incremento contínuo parece ser fundamentalmente devido ao aumento e envelhecimento da população, à obesidade e ao estilo de vida sedentário (GBD, 2018; Vos et al., 2012).

Apesar de ser nas pessoas de idade mais avançada que se verificam maiores taxas de YLDs, de um modo geral as contagens de YLDs tendem a concentrar-se mais nas faixas etárias de idades produtivas (20-54 anos). Espera-se que os indivíduos destas idades vivam durante vários anos em plena saúde, sendo que uma condição ME que provoque incapacidade durante essa fase da vida acaba por conduzir a uma perda de capital humano a nível laboral (GBD, 2018).

De forma a prevenir que as condições ME se tornem crónicas e a diminuir o absentismo, é aconselhado que seja realizada uma intervenção precoce de fisioterapia, com base num adequado programa de reabilitação (Foster et al., 2012). As mais recentes recomendações para o tratamento da dor crónica ME defendem a adoção de uma abordagem biopsicossocial e centrada nos utentes, incluindo estratégias de educação para promover uma autogestão da condição clínica (Foster et al., 2018).

1.2. Prática centrada no utente/ pessoa: recomendações e resultados

Apesar da prática centrada no utente (PCU) ser uma recomendação presente no setor da saúde desde os anos 50 (Bauman et al., 2003), tem havido um aumento da sua popularidade no presente milénio uma vez que os sistemas de saúde têm procurado dar resposta aos desafios que enfrentam na sociedade contemporânea (McMillan et al., 2013). Existem várias definições de PCU na literatura, no entanto, geralmente é descrita como uma abordagem que atende às necessidades, valores e crenças específicas de cada pessoa (Little et al., 2001; Mead & Bower, 2002). Devido às exigências resultantes do aumento da percentagem de pessoas com condições crónicas e ao envelhecimento da população, a adoção da PCU tem sido considerada um padrão de qualidade da saúde (Schuster et al., 2001; Sidani & Fox, 2014; Guastello & Jay, 2019). Por esse motivo é reconhecida como uma estratégia fundamental a implementar na prática clínica, no sentido de dar resposta aos desafios diários e de modo a serem prestados cuidados de saúde seguros e com qualidade (Department of Health, 2010; Luxford et al., 2010).

Contudo, atualmente o conceito de prática centrada no utente ainda parece pouco compreendido e é muitas vezes descrito usando terminologias que têm significados

distintos para diferentes profissionais (Bauman et al., 2003; Mead & Bower, 2002; Stewart, 2001). Por esse motivo, a diferenciação entre os termos PCU e prática centrada na pessoa (PCP) revela-se importante (Killingback et al., 2022). Apesar destes conceitos terem aspetos em comum, o âmbito da PCU concentra-se nos aspetos da funcionalidade, enquanto a PCP abrange toda a vida do indivíduo e o que é significativo para este (Eklund et al., 2019). Este último conceito está mais associado a um maior envolvimento da pessoa em comportamentos de promoção de saúde, o que tem especial relevância ao nível dos cuidados de saúde (Hooker et al., 2018). Apesar do conceito de PCU ser usado com mais frequência na literatura, nos últimos anos o conceito de PCP tem sido cada vez mais estudado no âmbito da investigação científica. O uso de diferentes conceitos pode levar a interpretações díspares, o que pode dificultar a operacionalização dos cuidados de saúde e constituir uma barreira à implementação na prática clínica (Eklund et al., 2019; Lorig, 2012). No contexto desta revisão de literatura será usada preferencialmente a expressão “prática centrada na pessoa”, embora, por vezes, seja utilizada a expressão “prática centrada no utente” de forma a assegurar o rigor na citação do conteúdo dos estudos analisados.

Na atualidade espera-se que os profissionais de saúde adotem abordagens centradas na pessoa, no entanto, há escassez de informações sobre como fazê-lo e quais os benefícios dessa prática. Em 2013, foi realizada uma revisão sistemática (RS) de 30 estudos randomizados controlados (RCT's) que teve como objetivo avaliar a efetividade de intervenções no âmbito da PCU para pessoas com condições crónicas (McMillan et al., 2013). Foi efetuada uma síntese dos RCT's realizados nesta área, com referência ao tipo de intervenção, às abordagens da PCU utilizadas e aos resultados alcançados (McMillan et al., 2013). Esta foi, aparentemente, a primeira RS a concentrar-se no estudo da efetividade da PCU em pessoas com condições crónicas. Os resultados desta RS indicaram que a maioria das intervenções foi baseada na capacitação e educação das pessoas para a autogestão das suas condições de saúde. Para além disso, outras das intervenções utilizadas centraram-se na formação dos profissionais de saúde (PS) para providenciarem esse tipo de capacitação às pessoas (McMillan et al., 2013). Foram encontrados alguns padrões consistentes de resultados positivos em todos os estudos, mas em alguns casos, os resultados foram mistos, difíceis de interpretar ou baseados em desenhos de estudo com risco de viés moderado a alto. Adicionalmente, foi também assinalada falta de informação detalhada acerca do desenho das intervenções na maioria

dos estudos incluídos. Todas estas limitações devem ser consideradas na interpretação destes resultados (McMillan et al., 2013). Apesar disso, esta RS indicou que a formação dos PS em estratégias de comunicação e o envolvimento dos utentes no processo de tomada de decisão, contribuíram para um aumento da satisfação e qualidade percebida do tratamento. No entanto, esta RS identificou também que é improvável que intervenções de curto prazo tragam melhorias nos indicadores clínicos a longo prazo. Os autores sugeriram a necessidade de mais estudos sobre a efetividade de intervenções breves em pessoas com condições crónicas, sobretudo nos cuidados primários, sendo este um recurso subutilizado (McMillan et al., 2013).

Com o objetivo de investigar a extensão da implementação da PCP no âmbito da reabilitação, bem como os seus efeitos, foi publicada em 2019 uma RS que incluiu a análise de 17 estudos quantitativos (Yun & Choi, 2019). A extração e síntese dos dados de cada um dos estudos foi difícil de realizar devido ao facto de estes terem características heterogéneas, nomeadamente no desenho do estudo, tamanho da amostra, população-alvo, contexto clínico, tipo de intervenção e medidas de resultados. No entanto, as intervenções mais frequentemente identificadas foram focadas na definição de objetivos e tomada de decisão partilhada (Yun & Choi, 2019). Os resultados encontrados foram mistos, contudo, os efeitos das intervenções na satisfação com a reabilitação foram significativos em todos os estudos que avaliaram essa relação. Assim, esta RS sugeriu efeitos positivos de uma abordagem centrada na pessoa em reabilitação, que a longo prazo contribuiu para a melhoria dos resultados ao nível do desempenho funcional e da qualidade de vida. Contudo, a maioria dos estudos incluídos nesta RS foi classificada com baixa qualidade metodológica, pelo que mais estudos são necessários para desenvolver diretrizes baseadas em evidência no âmbito da reabilitação (Yun & Choi, 2019).

A definição de objetivos revela-se fundamental no âmbito de uma abordagem centrada na pessoa, sendo este um processo interativo de negociação com o indivíduo sobre o que se pretende alcançar e qual o plano a realizar para se conseguir atingir esses objetivos (Smit et al., 2019). Em 2022, foi realizada por Kang e colaboradores uma RS que incluiu 22 artigos, com o propósito de melhorar a compreensão da prática atual de definição de objetivos no contexto da reabilitação. Mais especificamente, os autores investigaram quais as componentes de intervenção utilizadas na definição de objetivos centrados na pessoa e como foi incentivado o envolvimento da mesma nesse processo. Os resultados do estudo indicaram uma grande variabilidade de componentes. A maioria das

intervenções utilizou entre 4 e 11 componentes, tendo sido referidas com mais frequência a formulação inicial de objetivos, a elaboração de planos de ação e a educação. Esta RS revelou que as fases e componentes relacionadas com o estabelecimento inicial de objetivos e a formulação de planos de ação foram incluídas em quase todos os estudos. No entanto, as fases subsequentes, onde se incluem as atividades para a execução dos planos de ação, a monitorização e a avaliação do progresso, estiveram frequentemente ausentes das intervenções descritas (Kang et al., 2022). O envolvimento dos participantes na definição de objetivos foi avaliado através de uma escala qualitativa com três níveis, sendo classificado como tendo presença forte, presença fraca e nenhuma presença. Os resultados revelaram que este foi promovido na maioria das intervenções, sugerindo assim que quando essas intervenções estão presentes, parece haver uma forte presença de envolvimento ativo da pessoa. Esta RS concluiu que a incorporação de intervenções de definições de objetivos centrados na pessoa e o incentivo ao envolvimento ativo desta ao longo de todo o processo, podem facilitar o alcance de objetivos significativos e melhorar os resultados da reabilitação (Kang et al., 2022).

1.3. Prática centrada na pessoa no âmbito da fisioterapia

No âmbito da fisioterapia uma abordagem centrada na pessoa, com uma boa relação terapêutica entre fisioterapeuta e utente, parece ter um importante contributo para o sucesso terapêutico (Hall et al., 2010). Em particular, os estudos publicados sugerem que adotar uma PCP pode contribuir para a melhoria dos resultados em fisioterapia, ao nível da satisfação e adesão ao tratamento, bem como para a redução de custos associados aos cuidados de saúde, aumento da qualidade de vida, humanização da interação clínica e satisfação do fisioterapeuta (Kinney et al., 2018; Lakke & Meerman, 2016; Rathert et al., 2013; Søndenå et al., 2020).

Em 2017, foi realizada uma RS com o objetivo de identificar os aspetos envolvidos na PCU no âmbito da fisioterapia. Foram incluídos estudos qualitativos (n=14), que exploraram as perspetivas de utentes e fisioterapeutas. Esta RS elaborou uma estrutura conceptual, tendo sido identificados oito temas principais e quatro subtemas, que envolveram a interação fisioterapeuta-utente, bem como as características do fisioterapeuta. De acordo com a estrutura proposta, a PCU envolve: “individualidade” (conhecer a pessoa e fornecer um tratamento individualizado); “comunicação” (verbal e não verbal); “definição de objetivos” (em conjunto com o utente); “apoio” (e capacitação

do utente); e, “educação” (durante todos os aspetos do tratamento). Simultaneamente, envolve um conjunto de características do fisioterapeuta, nomeadamente: “caraterísticas sociais” (capacidade de se relacionar com o utente); “confiança” (linguagem corporal e comunicação confiantes); e, “competências técnicas” (atualização dos conhecimentos e boa capacidade de ensino). Os resultados desta RS, bem como a construção desta estrutura conceptual, permitiram melhorar a compreensão acerca da abordagem centrada na pessoa e as suas implicações na prática clínica dos fisioterapeutas (Wijma et al., 2017).

Mais recentemente, Naylor e colaboradores (2022), realizaram uma RS com o objetivo de sintetizar os resultados de estudos qualitativos com enfoque na perspetiva de utentes e fisioterapeutas acerca da PCP, especificamente no âmbito da fisioterapia musculoesquelética, sendo esta uma área pouco explorada na investigação. A pesquisa foi realizada em cinco bases de dados, sendo que 9 estudos preencheram os critérios de inclusão e todos foram considerados de alta qualidade metodológica (Naylor et al., 2022). A síntese dos estudos incluídos traduziu-se em quatro temas que resumiram as visões de utentes e fisioterapeutas. Os quatro temas identificados suportam a tese de que no contexto da fisioterapia musculoesquelética os fisioterapeutas devem: 1) tratar cada pessoa de forma única; 2) promover o envolvimento da pessoa na tomada de decisão; 3) ter/desenvolver características para a PCP (competências técnicas, inteligência emocional, confiança e *clinical bravery*); e, 4) ter boa capacidade de comunicação (clareza, facilidade de diálogo, escuta ativa e comunicação não verbal), sendo esta considerada essencial para o estabelecimento de uma aliança terapêutica efetiva (Naylor et al., 2022). Esta RS apresentou alguns contributos para o conhecimento na área da PCP no âmbito da fisioterapia musculoesquelética. Em primeiro lugar, foi proposta uma mudança de paradigma na avaliação, com enfoque nas narrativas clínicas, exploradas com recurso a questões abertas, e na demonstração da disposição do fisioterapeuta para conhecer a pessoa e envolvê-la no processo de reabilitação. Em segundo lugar, foi explorado o conceito de *clinical bravery*, relacionado com a capacidade do fisioterapeuta manter diálogos considerados complexos e centrados nas pessoas, distanciando-se do modelo biomédico. Por último, foi reforçada a importância de garantir que o tratamento constitua uma atividade significativa que reflita as necessidades individuais da pessoa (Naylor et al., 2022).

Em 2022, foi também publicado um artigo por Hutting e colaboradores (2022a) que identificou três elementos-chave para uma abordagem centrada na pessoa no contexto da

fisioterapia musculoesquelética: 1) o estabelecimento de uma ligação/relação terapêutica significativa; 2) a tomada de decisão partilhada (*shared-decision making*); e, 3) o suporte para a autogestão das condições clínicas. Mais tarde, no mesmo ano, foi publicado pelos mesmos autores um artigo que forneceu uma estrutura que inclui os elementos essenciais que os fisioterapeutas devem integrar na sua prática, de forma a ir ao encontro de uma abordagem, centrada na pessoa (Hutting et al., 2022b). Essa estrutura, que é sustentada pela construção de uma relação terapêutica coesa, consiste em três princípios fundamentais: 1) uma compreensão biopsicossocial da experiência da pessoa; 2) uma comunicação centrada na mesma; e, 3) o apoio à autogestão. Estes resultados são corroborados por um estudo qualitativo, realizado por Unsgaard-Tøndel e Söderström (2022), que identificou a comunicação eficaz, a empatia e a abordagem biopsicossocial, como ferramentas-chave para construir uma forte aliança terapêutica. O estudo desenvolvido por Cook e colaboradores, em 2021, havia fornecido orientações semelhantes, tendo apresentado a recomendação para avaliações centradas no custo-benefício. Segundo os autores, as intervenções a adotar no contexto da PCP devem refletir a capacidade de fornecer os melhores cuidados, que incluem as melhores experiências terapêuticas e os melhores resultados clínicos, com um investimento financeiro razoável (Cook et al., 2021).

Neste contexto, é também importante considerar que a implementação da PCP é influenciada por diversos aspetos, nomeadamente temporais (evolução constante da fisioterapia), sociais (abordagem do fisioterapeuta) e espaciais (local físico das sessões de fisioterapia) (Killingback et al., 2022). A confiança dos fisioterapeutas para a sua implementação constitui também um elemento importante. Por exemplo, de acordo com o estudo qualitativo de Cowell e colaboradores (2018), os fisioterapeutas entrevistados demonstraram pouca confiança na avaliação dos aspetos psicossociais e consideraram evitar frequentemente assuntos sensíveis na sua interação com os utentes, por recearem ultrapassar a sua área de atuação. Estes resultados sugerem que a capacidade, dos fisioterapeutas, para comunicar e estabelecer uma relação terapêutica centrada na pessoa, poderá impactar negativamente o sucesso da implementação de uma abordagem centrada na pessoa.

Quando centradas na pessoa, as habilidades de comunicação dos PS, podem providenciar um ambiente terapêutico para a tomada de decisão partilhada acerca dos objetivos e do plano de intervenção, contribuindo para uma maior adesão ao tratamento adoção de

mudanças comportamentais (Pehrson et al., 2016; Maguire, 2002). Em 2021, foi publicada uma RS que incluiu 8 estudos e cujo objetivo foi identificar a melhor evidência disponível sobre programas de treino da capacidade de comunicação dos PS para promover mudanças de atitude, comportamento e autoeficácia (crença individual sobre a capacidade de realizar uma atividade com sucesso) (Mata et al., 2021; Axboe et al., 2016). As estratégias de comunicação estudadas incluíram: comunicação verbal; comunicação não verbal; contacto visual; e, linguagem corporal. Este estudo concluiu que o treino da capacidade de comunicação parece ter um contributo relevante para a melhoria do desempenho e perceção de autoeficácia dos PS (Mata et al., 2021).

Em suma, a PCP inclui tratar cada pessoa de forma individualizada, estabelecer uma relação terapêutica significativa, bem como promover o envolvimento ativo da pessoa na tomada de decisão partilhada (Wijma et al., 2017; Naylor et al., 2022; Hutting et al., 2022a). As características do fisioterapeuta, nomeadamente a confiança, bem como as competências técnicas e de comunicação parecem assumir um papel relevante. Em particular, alguns estudos identificam a comunicação como uma potencial barreira para uma abordagem centrada na pessoa (Wijma et al., 2017; Naylor et al., 2022; Lin et al., 2020).

1.4. Barreiras e facilitadores para a construção da relação terapêutica em fisioterapia

Em 2018, foi publicado um estudo com o objetivo de investigar as perceções e experiências dos fisioterapeutas acerca das barreiras e facilitadores para a construção de uma relação terapêutica centrada na pessoa, num contexto de reabilitação em ambulatório (Morera-Balaguer et al., 2018). Tratou-se de um estudo qualitativo com quatro grupos focais, que incluiu 21 fisioterapeutas, sendo que as discussões dos grupos focais foram gravadas em áudio e vídeo, transcritas na íntegra e posteriormente analisadas. Como barreiras associadas aos fisioterapeutas, os próprios identificaram: as características pessoais como a idade (sendo a juventude associada a falta de experiência) e estados físicos ou emocionais precários que dificultam as relações sociais; a forma como o profissional se relaciona com o utente, nomeadamente o excesso de familiaridade; e, a falta de capacidade de comunicação. Como barreiras associadas aos utentes, os fisioterapeutas realçaram: as características pessoais, nomeadamente personalidade dependente e baixa perceção de autoeficácia; comportamentos inapropriados de utentes

e/ou familiares, como falta de motivação; preconceitos em relação ao fisioterapeuta; expectativas inadequadas acerca do tratamento, que podem levar a pessoa a pensar que o tratamento não foi eficaz; e, o julgamento de que o fisioterapeuta tem outros interesses, que nada tenham a ver com a melhoria da funcionalidade. Como barreiras associadas ao contexto, os fisioterapeutas indicaram: as características da organização do serviço e da sua gestão, como é o caso da insuficiente coordenação das equipas; e, as características do espaço físico, nomeadamente a falta de privacidade.

No que concerne aos facilitadores associados aos fisioterapeutas, os próprios identificaram: as suas características pessoais, sendo a idade mais avançada vista como sinónimo de experiência; a forma como o profissional se relaciona com o utente, sendo a paciência, acessibilidade, empatia, sentido de humor e confiança em si mesmo exemplos de aspetos que na sua perceção são valorizados pelos utentes; a capacidade de fornecer informações e conselhos, que na sua perceção aumentam a confiança no profissional; e, os resultados positivos do tratamento, que influenciam positivamente a satisfação do utente. Como facilitadores associados aos utentes, os fisioterapeutas referiram as expectativas adequadas destes em relação ao tratamento ou à progressão, havendo menos probabilidade de existir frustração caso as expectativas iniciais não sejam atingidas. Como facilitadores associados ao contexto, os fisioterapeutas apontaram a privacidade durante os tratamentos, bem como a continuidade e duração dos mesmos, levando ao desenvolvimento de uma relação de confiança (Morera-Balaguer et al., 2018)

Os resultados deste estudo enfatizaram a perceção dos fisioterapeutas de que a relação terapêutica centrada na pessoa não depende apenas das suas qualidades pessoais, mas também das atitudes dos utentes e das características do contexto em que são implementados os cuidados de saúde (Morera-Balaguer et al., 2018). Adicionalmente, este estudo parece indicar que as características pessoais dos fisioterapeutas podem atuar simultaneamente como facilitadores e como barreiras para o estabelecimento de uma relação terapêutica centrada na pessoa. Os autores consideram que uma maior compreensão dos fatores contextuais, bem como uma melhoria da autoconsciência, regulação emocional e habilidades de comunicação por parte dos fisioterapeutas, poderiam facilitar a compreensão das experiências dos utentes, melhorando assim a qualidade da relação terapêutica (Morera-Balaguer et al., 2018).

Em 2021, o mesmo grupo de investigadores publicou um novo estudo com o objetivo de explorar as barreiras e facilitadores para o desenvolvimento de uma relação terapêutica

centrada na pessoa, a partir da experiência de utentes de fisioterapia. Efetuou-se um estudo qualitativo a partir de quatro grupos focais, que incluíram 31 utentes. As discussões destes grupos foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e posteriormente analisadas (Morera-Balaguer et al., 2021). Como barreiras associadas aos fisioterapeutas, os utentes identificaram: uma atitude negativa em relação ao processo de recuperação; demonstrar insegurança ou falta de autoconfiança; expressões não verbais inapropriadas; falta de sensibilidade às mudanças do estado do utente; e, falta de capacidade de comunicação para transmitir más notícias. Como barreiras associadas aos utentes, os próprios indicaram: as expectativas inapropriadas em relação aos resultados do tratamento e a falta de afinidade com o fisioterapeuta. As barreiras contextuais assinaladas foram: a organização do serviço, nomeadamente a falta de autonomia profissional do fisioterapeuta e o facto dos serviços estarem sobrelotados; assim como, as características do espaço físico, nomeadamente a falta de privacidade.

Como facilitadores associados aos fisioterapeutas, os utentes referiram: o profissionalismo e as competências técnicas; as características pessoais, como a amabilidade, paciência, empatia, compreensão, autenticidade, congruência, aceitação, confiança, sensibilidade e escuta ativa; o ajustamento às expectativas dos utentes; o acompanhamento e apoio emocional; e, a tomada de decisão partilhada. Como facilitadores associados aos utentes, os próprios apontaram a afinidade com o fisioterapeuta. Os facilitadores contextuais assinalados pelos utentes foram relativos à organização do serviço, nomeadamente a articulação entre os membros da equipa e a características do espaço físico, que deveriam ter privacidade suficiente para o utente conversar com o fisioterapeuta sem ser ouvido pelos restantes utentes (Morera-Balaguer et al., 2021).

Os estudos analisados sugerem que as características/ competências dos fisioterapeutas constituem um elemento importante que pode atuar como barreira ou facilitador do estabelecimento de uma relação terapêutica centrada na pessoa. Contudo, existem outros fatores a considerar como por exemplo a coordenação entre os profissionais e a dos centros de reabilitação (Morera-Balaguer et al., 2021).

1.5. Avaliação da relação terapêutica

Um modo essencial de comprovar a qualidade dos cuidados é através de uma avaliação contínua de resultados em saúde, sendo um elemento relevante no procedimento

sequencial de raciocínio clínico e tomada de decisão (Braun et al., 2018; Kampstra et al., 2018). A avaliação dos resultados faz-se através de instrumentos de medida que permitam mensurar diversos componentes da condição de saúde de cada pessoa (Braun et al., 2018).

Em 2019, Ree e colaboradores publicaram uma RS com o objetivo de explorar escalas de avaliação de PCU e o seu conteúdo, com foco especial no envolvimento do utente na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Foram incluídas 11 escalas, sendo que destas apenas um número limitado se focou no envolvimento direto e proativo dos utentes na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Adicionalmente, nenhuma das escalas incluiu itens que refletissem explicitamente experiências dos utentes. De todas as escalas em estudo, o papel da relação entre utente e PS foi considerado como atributo central na PCU em apenas uma (Ree et al., 2019).

Especificamente na área da medicina, foi desenvolvido em 2000 por Krupat e colaboradores um instrumento de autorelato que avalia a centração no utente, de nome *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS). Em Portugal, foi realizado por Grilo e colaboradores (2018) um estudo que contribuiu para a tradução e adaptação deste instrumento para a língua portuguesa. Neste estudo, o instrumento apresentou coeficientes de *alpha* de *Cronbach* de 0,65 para a escala total, de 0,50 para a subescala “*caring*” e de 0,56 para a subescala “*sharing*”, sendo que a análise fatorial confirmatória revelou um bom ajustamento global do modelo de medida (Grilo et al., 2018). Assim, concluiu-se que este instrumento permite avaliar se os médicos ou estudantes de medicina possuem uma orientação mais focada no utente ou na doença (Krupat et al., 2000).

Dado o crescente interesse no estudo da relação entre utente-fisioterapeuta e da sua influência na experiência de cuidados e resultados, foram desenvolvidos nos últimos 15 anos vários instrumentos de medida (McCabe et al., 2021c). Os instrumentos desenvolvidos neste âmbito focam essencialmente dois construtos: relação terapêutica, definida como o vínculo afetivo estabelecido entre utente e fisioterapeuta, tanto a nível profissional como pessoal (Miciak, 2015); e, aliança terapêutica, definida como a colaboração e concordância mútua entre utente e fisioterapeuta, constituída por três dimensões: consenso relativo aos objetivos, atribuição de tarefas e desenvolvimento de vínculos (Bordin, 1979). Ambos avaliam a colaboração, cordialidade e apoio entre utente e PS (Elvins & Green, 2008). Contudo, o construto de aliança terapêutica tem maior enfoque na colaboração de trabalho entre utente e PS (McCabe et al., 2021c). De acordo com McCabe e colaboradores (2021c), a aliança terapêutica é vista como uma parte do

construto da relação terapêutica, não englobando os aspetos pessoais desta relação (que existem para além da reabilitação) e que são essenciais no contexto da prestação de cuidados centrados na pessoa.

No que diz respeito à aliança terapêutica, identificam-se três instrumentos relevantes no contexto desta revisão. A escala *Working Alliance Inventory* (WAI), publicada em 1989 por Horvath & Greenber, foi criada para avaliação da aliança terapêutica na área da psicologia clínica, tendo sido posteriormente validada para a área da reabilitação (Paap et al., 2019). É composta por 36 itens, organizados em três subescalas: vínculo, objetivo e tarefa. Em 1999, foi desenvolvido o Inventário da Aliança Terapêutica (IAT), em resultado da adaptação do WAI para português europeu. O IAT apresentou boas propriedades psicométricas como um *alpha* de Cronbach de 0,93 para a escala total, 0,87 para a subescala tarefas e 0,80 para as subescalas vínculos e objetivos (Machado & Horvath, 1999).

A escala *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) (Barkham et al., 1993) tem também o objetivo de avaliar a construção da aliança terapêutica na área da psicoterapia e é um instrumento composto por 24 itens. Em 2008, foi adaptada para a população portuguesa e a consistência interna revelou valores satisfatórios, sendo que o *alpha* de Cronbach foi de 0,831 para a escala total (Paixão & Nunes, 2008). Contudo, a adaptação para o contexto da reabilitação ainda não se encontra publicada.

O *Therapeutic Alliance in Physiotherapy Questionnaire-Patients* (CAF-P) (Linares-Fernández et al., 2021) pretende medir a aliança terapêutica na área da fisioterapia e é um instrumento de autoreporte constituído por 15 itens. A amostra para o estudo incluiu 204 pessoas com dor crónica. Foi realizada a análise da estrutura fatorial e das propriedades psicométricas, sendo que os resultados revelaram que parece ser um instrumento válido e confiável para mensurar a aliança terapêutica percebida pelos utentes em fisioterapia, apresentando uma excelente consistência interna, com *alpha* de Cronbach de 0,91 e coeficiente de correlação intra-classe (CCI) de 0,87 (Linares-Fernández et al., 2021). No entanto, a adaptação para o português europeu ainda não se encontra publicada.

No que diz respeito à relação terapêutica, identificam-se dois instrumentos relevantes no contexto desta revisão, um dos quais publicado já no curso deste trabalho de investigação.

A *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F) foi desenvolvida por Rodríguez-Nogueira e colaboradores (2020a). Este instrumento

pretende avaliar a relação terapêutica no contexto da fisioterapia. Para o desenvolvimento desta escala foi realizado um estudo misto qualitativo e quantitativo em três fases distintas: 1) os itens foram criados a partir de uma revisão da literatura e da análise de conteúdo de grupos focais conduzidos com utentes e fisioterapeutas; 2) foi realizado um painel *e-Delphi* baseado em três rondas para selecionar e refinar o questionário proposto; 3) foram realizadas duas rondas de entrevistas para avaliar a compreensão dos itens, a clareza da linguagem, a coerência e a relevância do conteúdo (Rodríguez-Nogueira et al., 2020a). Como resultado deste processo, o instrumento final foi composto por 31 itens divididos em sete domínios: características pessoais do profissional, capacidade de comunicação, aspetos profissionais, aspetos relacionais, terapia personalizada, parceria e ambiente (Rodríguez-Nogueira et al., 2020a).

Posteriormente, foi realizado um estudo com o objetivo de determinar as propriedades psicométricas da RTCP-F, de modo a identificar a estrutura mais adequada relativamente ao número de dimensões e ao número total de itens deste instrumento. Um total de 366 utentes com mais de 18 anos, que realizaram no mínimo 15 sessões de fisioterapia em 9 hospitais de Espanha, foram convidados a preencher os 31 itens da escala (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b). Os resultados da análise fatorial exploratória revelaram um instrumento com 15 itens distribuídos em quatro domínios, sendo que a análise fatorial confirmatória reforçou a estrutura de quatro domínios. De acordo com o estudo realizado, o instrumento apresentou propriedades apropriadas de consistência interna para a escala total (α de Cronbach = 0,884) e para todos os domínios, nomeadamente o vínculo relacional (0,907), a parceria individualizada (0,861), a capacitação profissional (0,915) e a comunicação terapêutica (0,902). Apresentou também valores adequados de estabilidade temporal para a escala total (CCI = 0,900; 0,846 – 0,941) e para todos os domínios, bem como propriedades adequadas de validade convergente e divergente (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b).

A RTCP-F parece ser um instrumento útil, válido e aplicável para avaliar a relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b). Contudo, uma vez que a sua versão original foi desenvolvida com a população espanhola, ainda não é possível a sua aplicação à população portuguesa.

Mais recentemente, em 2021, foi também desenvolvido um novo instrumento de autoreporte para avaliação da relação terapêutica em populações com condições ME no contexto de fisioterapia em ambulatório. Este instrumento inclui 30 itens e designa-se por

Physiotherapy Therapeutic Relationship Measure (P-TREM) (McCabe et. Al., 2021a). No estudo original sobre as propriedades psicométricas do instrumento, realizado numa amostra de 163 pessoas com condições ME, verificou-se uma excelente consistência interna (*alpha* de *Cronbach* de 0,974; 0,968 - 0,979), bem como foram confirmadas as hipóteses de validade convergente e concorrente (McCabe et a., 2021b).

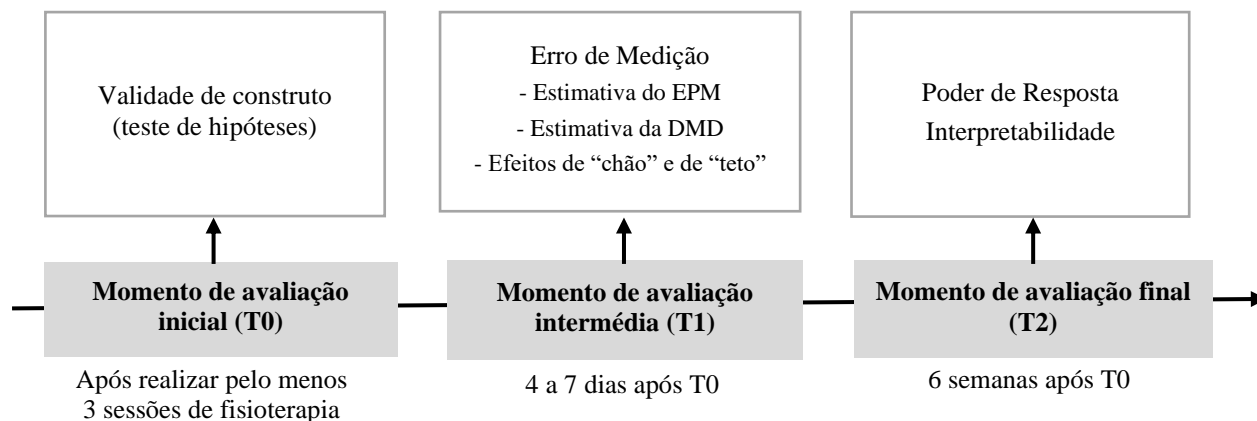
Do conhecimento dos autores deste estudo, não existia, à data, nenhum instrumento que avaliasse a relação terapêutica no contexto da fisioterapia, validado para a população portuguesa. A validação da RTCP-F (único instrumento publicado à data de início deste trabalho) poderá ter um contributo importante para a avaliação da relação terapêutica tendo como referência uma abordagem centrada na pessoa. Assim, o objetivo do presente estudo consiste em estudar a validade de construto, erro de medição, poder de resposta e interpretabilidade da versão em português europeu da RTCP-F, numa amostra de indivíduos com condições ME a realizar fisioterapia.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

Considerando o objetivo principal deste estudo, nomeadamente contribuir para a validação da RTCP-F-VP, no que respeita à avaliação da validade de construto, erro de medição, poder de resposta e interpretabilidade, foi desenvolvido um estudo longitudinal (Bowling, 2009) com uma amostra de indivíduos com diagnóstico clínico de uma condição musculoesquelética, a realizar intervenção de fisioterapia. Os participantes do estudo responderam aos instrumentos pré-definidos em três momentos de avaliação: após terem cumprido pelo menos 3 sessões de fisioterapia (primeiro momento de avaliação, definido como T0); entre 4 a 7 dias após (avaliação intermédia, definida como T1) e 6 semanas após (avaliação final, definida como T2) (figura 1). Neste estudo foram adotadas as recomendações da COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments*) (Mokkink et al., 2010b).

Figura 1 - Esquema ilustrativo do desenho do estudo.



2.2. Considerações éticas

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética Especializada em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e à Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, de modo a se obter um parecer acerca da integridade e qualidade das questões éticas. Obteve-se o parecer favorável de todas as comissões de

ética supracitadas (anexo 1, 2 e 3). Todos os indivíduos participaram de forma voluntária, pelo que no dossier do estudo que lhes foi fornecido constou uma carta com a explicação dos objetivos, os procedimentos para garantir a confidencialidade e a metodologia da recolha de dados. Foi entregue uma declaração de consentimento informado, em que foram esclarecidos sobre o direito de desistirem do estudo sem nenhuma consequência e em qualquer momento. Nessa declaração foram informados também de que não seria expectável a existência de riscos/ consequências negativas associadas à participação no estudo, tendo sido salvaguardados os princípios da beneficência e da não maleficência. Os participantes tomaram conhecimento de que a informação pessoal recolhida seria codificada e tratada de forma anónima e confidencial, apenas pelos investigadores deste estudo, e utilizada para fins de investigação.

2.3. Participantes

2.3.1. Critérios de inclusão e exclusão

O presente estudo teve como população-alvo, indivíduos com diagnóstico clínico de uma condição musculoesquelética a realizar intervenção de fisioterapia. A elegibilidade dos participantes foi garantida através do cumprimento de todos os critérios de inclusão e a não verificação de nenhum critério de exclusão. Como critérios de inclusão, foram aplicados os seguintes: idade superior a 18 anos; ter realizado, no mínimo, 3 sessões de tratamento de fisioterapia; saber ler e escrever em português; e, diagnóstico clínico de condição musculoesquelética (Malik et al., 2018; Vital & Costa, 2017; Woolf et al., 2010). Como critérios de exclusão, foram considerados os seguintes: diagnóstico clínico de origem cardiorrespiratória, neuromuscular, metabólico, génito-urinário e reprodutivo, tegumentário, saúde mental ou vestibular; e, presença de sinais ou sintomas associados a patologia grave que contraindicasse a prática da fisioterapia¹.

¹ Patologias graves (sinais ou sintomas associados): Neoplasia (história anterior de cancro, perda de peso inexplicável, dor noturna e idade superior a 50 anos); infeção (febre, uso de terapêutica intravenosa e infeção recente); fratura osteoporótica (osteoporose, uso prolongado de corticosteroides, história de trauma menor e idade superior a 65 anos nas mulheres ou superior a 75 anos nos homens); artrite inflamatória (rigidez matinal prolongada e tumefação de múltiplas articulações); fratura ou luxação não reduzida (trauma significativo, concussão, dor aguda e incapacitante, perda súbita da mobilidade e deformidade ou perda do contorno normal); patologia visceral (dor não produzida com o *stress* mecânico, dor ou sintomas relacionados com o esforço físico ou dificuldade respiratória e dor associada a sintomas gastrointestinais); e, compressão radicular/medular (rigidez vertebral, dor e fraqueza nos membros superiores ou inferiores, atrofia dos membros, hiper-reflexia e marcha espástica) (Arthritis Alliance of Canada et al., 2017; Côté et al., 2016; Finucane et al., 2020; McClure & Michener, 2015).

2.3.2. Recrutamento

A amostra foi selecionada pelo tipo de amostragem não probabilística de conveniência, por um período de 5 meses (março a julho de 2022). O recrutamento dos participantes foi realizado no Hospital Amato Lusitano – ULSCB, no Trofa Saúde Hospital – Unidade da Amadora e no Hospital Dr. José Maria Grande - ULSNA. Os fisioterapeutas, que se encontravam a exercer nestes locais, foram convidados a colaborar no estudo, tendo ficado encarregues de identificar e convidar os utentes para participarem no estudo, de acordo com os critérios de elegibilidade. Com os fisioterapeutas que aceitaram participar no estudo, foi realizada uma reunião com o intuito de apresentar os objetivos do estudo, bem como os procedimentos e documentos para a recolha dos dados. Nesta reunião foram ainda esclarecidas quaisquer dúvidas que existissem relacionadas com os procedimentos e com a entrega/ recolha dos questionários nos diferentes momentos de avaliação. Adicionalmente, foi impresso e afixado em cada serviço de fisioterapia um protocolo de recolha de dados, com o objetivo de promover a aplicação correta dos diferentes instrumentos, nas mesmas condições e nos devidos momentos de aplicação.

Para o cálculo do tamanho da amostra foram seguidas as recomendações da COSMIN (Mokkink et al., 2018; de Vet et al., 2011). Para o estudo da validade de construto e do erro de medição foi considerado um mínimo de 100 participantes. Para a realização do poder de resposta é recomendado um mínimo de 50 participantes no grupo mais pequeno.

2.4. Propriedades psicométricas em estudo

Para que um instrumento possa ser considerado válido e apropriado de forma a ser usado na prática clínica e em investigação científica, é fundamental avaliar as suas propriedades psicométricas (Mokkink et al., 2018). Neste estudo será analisada a validade de construto, erro de medição (erro padrão de medida e diferença mínima detetável), o poder de resposta e a interpretabilidade da RTCP-F-VP.

2.4.1. Validade de construto

Esta propriedade psicométrica permite averiguar se os itens medem realmente o construto que se pretende medir, verificando, através de hipóteses estabelecidas previamente, de

que modo o instrumento se relaciona com instrumentos que meçam construtos similares (validade convergente) e/ou construtos diferentes (validade divergente) (Frost et al., 2007; de Vet et al., 2011; Mokkink et al., 2010b).

No presente estudo, para a validade convergente conjeturou-se como hipótese a existência de uma correlação positiva e significativa forte ($r_s > 0,50$) entre a pontuação total da RTCP-F-VP e a pontuação total do Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR) em T0. Em relação à validade discriminativa, conjeturou-se como hipótese a existência de uma correlação negativa e significativa fraca ($r_s \geq -0,25$) entre a pontuação total da RTCP-F-VP e a pontuação total da versão portuguesa da *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK-13-VP) em T0, considerando que medem construtos diferentes.

2.4.2. Erro de medição

2.4.2.1. Erro padrão de medida e diferença mínima detetável

De acordo com a COSMIN, o erro padrão de medida (EPM) é o método preferencial para medir o erro de medição, sendo que este consiste num erro aleatório e sistemático da pontuação de um indivíduo que não é atribuído a mudanças verdadeiras no construto a ser medido (Mokkink et al., 2010a). No presente estudo, o EPM será estimado com recurso a um cálculo em que são requeridos os valores do desvio padrão e da fiabilidade da RTCP-F-VP (de Vet et al., 2011).

É considerado que uma pessoa vivencia uma mudança real quando a diferença entre a pontuação precedente e a pontuação atual ultrapassa a combinação da variabilidade intraindividual relacionada a ambas as medições, ou seja, a diferença mínima que se pode detetar entre duas medições que não seja devida aos erros de medição (Haley & Fragala-Pinkham, 2006). A magnitude deste erro tem a designação de Diferença Mínima Detetável (DMD) (Finch et al., 2002). Esta diz respeito à quantidade de mudança necessária para que exista 90% ou 95% de confiança de que a mudança averiguada nas pontuações expresse uma mudança real na variável subjacente (Stratford et al., 1996). O cálculo da estimativa da DMD através do EPM é um método consensual na literatura (Davidson & Keating, 2002; Haley & Fragala-Pinkham, 2006; de Vet et al., 2006; Demoulin et al., 2010; Mokkink et al., 2010a).

2.4.2.2. Efeitos de “chão” e de “teto”

Os efeitos de “chão” e de “teto” são considerados presentes quando mais de 15% dos indivíduos atingiram as pontuações mais inferiores (efeito de “chão”) ou superiores (efeito de “teto”) possíveis (de Vet et al., 2011). Se os efeitos de “chão” e “teto” estiverem presentes, é provável que os itens extremos do limite superior ou inferior da escala sejam definidos como inexistentes (Terwee et al., 2007). Como consequência, os indivíduos que pontuarem esses valores extremos da escala, não podem ser distinguidos entre si, o que resultará numa redução da fiabilidade (Terwee et al., 2007). Neste estudo, para avaliar os efeitos de “chão” e de “teto” foi utilizada a fórmula de cálculo com recurso à DMD (de Vet et al., 2011).

2.4.3. **Poder de resposta e interpretabilidade**

O poder de resposta define-se como a capacidade de um instrumento detetar mudanças com precisão, ao longo do tempo, no constructo a ser medido (Mokkink et al., 2010b). Os métodos para explorar o poder de resposta podem ser classificados como métodos baseados na distribuição (avaliam a mudança por si só) ou como métodos baseados na âncora (medem mudanças clínicas significativas) (Davidson & Keating, 2002). Neste estudo optou-se pelos métodos baseados na âncora, uma vez que estes consideram o significado da importância da mudança (Terwee et al., 2009).

Os métodos baseados na âncora pretendem relacionar a mudança da pontuação a um critério padrão externo e independente, para “ancorar” o significado de importância clínica (Mokkink et al., 2010b). Neste estudo, o poder de resposta foi estimado através de dois métodos baseados na âncora: o método “coeficiente correlação âncora” (diagrama de dispersão e coeficiente de correlação) e o método curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC) (área abaixo da curva). No âmbito do presente estudo, foi utilizada como âncora externa a escala *Patient Global Impression of Change* (PGIC) (Coon & Cook, 2018).

O método “Coeficiente Correlação Âncora” correlaciona as diferenças individuais nas pontuações do instrumento com o nível de percepção global de mudança (Stratford, et al., 1996). Neste estudo foram correlacionadas as variáveis “Diferença de RTCP-F-VP T0-T2” e “Percepção Global de Melhoria (T2)”. O estudo da relação das duas variáveis, iniciou-se pela análise do diagrama de dispersão, com o objetivo de verificar a linearidade

da relação (Cohen et al., 2002; Pallant, 2011), sendo que a relação entre as variáveis foi avaliada com recurso ao coeficiente de correlação de *Spearman*, considerando que é o teste mais adequado na ausência de distribuição normal das variáveis.

O método curva ROC é um dos métodos baseados em âncora mais usados para reportar mudanças ao longo do tempo (Stratford et al., 1996). Este método utiliza a informação da âncora externa, para dicotomizar a amostra em grupo “sucesso” e grupo “insucesso” e depois estabelecer um gráfico da amostra de “sensibilidade” (eixo dos Y) vs “1-especificidade” (eixo dos X) (Stratford et al., 1996). A Área Abaixo da Curva (AAC) reflete a capacidade do instrumento para discriminar os indivíduos que melhoraram e os que não sofreram alterações na sua condição (Marôco, 2011).

A interpretabilidade diz respeito ao grau com que se pode conferir significado qualitativo à mudança das pontuações quantitativas de um instrumento (Mokkink et al., 2010b). Apesar de não ser considerada uma propriedade psicométrica, está incluída na taxonomia da COSMIN, devido ao seu contributo para a integração na prática clínica e investigação relacionada com o instrumento a validar (de Vet et al., 2011). A magnitude dessa diferença tem a designação de Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI) (Finch et al., 2002), correspondendo à menor mudança de pontuação à qual se poderá atribuir uma mudança real e/ou uma mudança clinicamente relevante para a pessoa (Haley & Fragala-Pinkham, 2006; Wyrwich et al., 2005; McGlothlin & Lewis, 2014). A DMCI é aferida através da identificação do ponto ótimo de corte na Curva ROC, estimado através do equilíbrio entre sensibilidade e especificidade (Demoulin et al., 2010; Lauridsen et al., 2006).

2.5. Instrumentos de medida

Os instrumentos de medida utilizados no âmbito do presente estudo foram: Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica (QCSC); versão portuguesa da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F-VP); Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR); versão portuguesa da *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK-13-VP); e, versão portuguesa da *Patient Global Impression of Change* (PGIC-VP).

2.5.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

O Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica (QCSC) tem como objetivo descrever do ponto de vista sociodemográfico e clínico os participantes na amostra em estudo, recolhendo informações tais como: idade, género, peso, altura, estado civil, habilitações literárias e situação laboral, diagnóstico clínico, região anatómica de diagnóstico, medicação, absentismo, baixa remunerada, setor de fisioterapia, frequência semanal, número e duração média das sessões de fisioterapia. Este foi elaborado de acordo com a informação recolhida no estudo original de elaboração da RTCP-F e no estudo de avaliação das propriedades psicométricas da mesma (Rodríguez-Nogueira et al, 2020a; Rodríguez-Nogueira et al., 2020b).

2.5.2. Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia

A *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F) avalia a relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia. O estudo original do instrumento foi realizado em Espanha no ano de 2020 (Rodríguez-Nogueira et al., 2020a) e continha 7 domínios, com um total de 31 itens. No estudo subsequente das propriedades psicométricas, a estrutura do instrumento foi alterada para 4 domínios com um total de 15 itens: vínculo relacional (itens 1, 2, 3 e 4), parceria individualizada (itens 5, 6, 7 e 8), capacitação profissional (itens 9, 10 e 11) e comunicação terapêutica (itens 12, 13, 14 e 15), demonstrando propriedades psicométricas apropriadas.

As respostas aos itens são pontuadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, que varia entre discordo completamente (1 ponto) a concordo completamente (5 pontos). Para os domínios do vínculo relacional, parceria individualizada e comunicação terapêutica, a pontuação varia entre 4 e 20, para o domínio da capacitação profissional varia entre 3 e 15 e para a escala total varia entre 15 e 75 pontos, sendo uma escala de orientação positiva (quanto maior a pontuação, melhor a relação terapêutica).

2.5.3. Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista

O Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR) (Ramos, 2008), versão portuguesa do *Working Alliance Inventory – Short Revised* (WAI-SR) (Hatcher & Gillaspay, 2006), tem como objetivo avaliar a qualidade da aliança terapêutica.

A versão original deste instrumento, *Working Alliance Inventory* (WAI), desenvolvida por Horvath e Greenber surgiu em 1989, sendo que depois deste foram adaptadas duas novas versões, tais como o *Working Alliance Inventory - Short Form* (WAI-S) (Tracey & Kokotovic, 1989) e o WAI-SR (Hatcher & Gillaspay, 2006).

Em 1999 foi desenvolvida a adaptação para português europeu do IAT através do WAI (Machado & Horvath, 1999). Por sua vez, o IAT-RR surgiu em 2008 a partir do WAI-SR num estudo realizado com uma amostra de 195 participantes, sendo atualmente constituído por 12 itens distribuídos pelos três domínios: vínculos (itens 3, 5, 7 e 9), objetivos (4, 6, 8 e 11) e tarefas (1, 2, 10 e 12) (Ramos, 2008). A consistência interna, medida através do *alpha* de Cronbach, foi de 0,85 para a escala total. Em relação ao domínio objetivos e ao domínio tarefas esse valor foi também de 0,85 e no domínio vínculos foi de 0,69 (Ramos, 2008).

Os itens são quantificados numa escala de *Likert* de 5 pontos, entre raramente (1 ponto) e sempre (5 pontos), com uma pontuação total máxima de 60 pontos (Ramos, 2008).

2.5.4. Versão Portuguesa da Tampa Scale of Kinesiophobia

A *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK) é um instrumento que avalia o medo do movimento associado à dor (cinesiofobia) e providencia informações sobre o grau de conforto, segurança e preparação para o movimento. O instrumento original foi desenvolvido em inglês e contém 17 questões (TSK-17), sendo que em 2011 foi desenvolvida a versão para português europeu com 13 itens (TSK-13-VP), com base na sua aplicação numa amostra de 166 indivíduos com dor lombar crónica (Cordeiro et al., 2011).

A pontuação do instrumento é classificada numa escala de *Likert* de 4 pontos, desde discordo plenamente (1 ponto) a concordo plenamente (4 pontos). A pontuação total do instrumento diz respeito ao somatório das pontuações obtidas em cada um dos itens, que resulta numa escala ordinal de 13 a 52 pontos, sendo respetivamente 13 e 52 o menor e o

maior grau de cinesiofobia (Cordeiro et al., 2011). A escala possui uma boa consistência interna ($\alpha = 0,82$) e uma boa fiabilidade teste-reteste para a escala total (CCI = 0,99) e para todos os itens, variando entre 0,94 e 0,98 (Cordeiro et al., 2011).

2.5.5. Versão Portuguesa da *Patient Global Impression of Change*

A *Patient Global Impression of Change* (PGIC) é uma escala de medida unidimensional na qual as pessoas classificam a sua perceção de melhoria global potencialmente associada ao tratamento realizado (Hurst & Bolton, 2004).

A sua adaptação para português europeu, foi realizada em 2011 e foi concluído que a PGIC-VP é um instrumento compreensível, adequado e capaz de medir a perceção de mudança do estado de saúde e satisfação com o tratamento de indivíduos com dor crónica de natureza musculoesquelética (Domingues & Cruz, 2011). Neste estudo a PGIC foi correlacionada com a END e apresentou uma correlação forte e negativa (r de *Pearson* de -0,822, $p \leq 0,001$), ou seja, com o decréscimo dos níveis de dor avaliados pela END, aumentaram os níveis de perceção global de melhoria, avaliados pela PGIC (Domingues & Cruz, 2011). A sua pontuação é apresentada numa escala de orientação positiva que varia desde “sem alterações ou a condição piorou” (1 ponto) a “muito melhor” (7 pontos) (Hurst & Bolton, 2004).

2.6. Procedimentos de recolha de dados

A fase da recolha de dados iniciou-se com a transmissão aos participantes dos objetivos do estudo e entrega da carta explicativa. Na sessão seguinte, aos indivíduos que aceitaram participar, preencheram uma declaração de consentimento informado. A recolha de dados ocorreu em 3 momentos distintos: T0 (primeiro momento de avaliação); T1 (avaliação intermédia); e, T2 (avaliação final). Para o efeito foi desenvolvido um caderno de instrumentos (apêndice A), onde, para cada momento foi referido o tempo médio necessário para o preenchimento dos questionários e a ordem a seguir. No final do preenchimento, os participantes colocaram os questionários numa urna situada no serviço de fisioterapia para o efeito.

2.7. Análise Estatística

O processo de análise de dados foi realizado com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistics Package for the Social Sciences*). Consideram-se valores de $p < 0,05$ indicativos de significância estatística (Marôco, 2011).

A caracterização da amostra foi efetuada através de estatística descritiva, tendo-se realizado especificamente para as variáveis qualitativas o cálculo de frequências absoluta e relativa, e para as variáveis quantitativas realizou-se o cálculo de medidas de localização central (média), de localização relativa (mínimo e máximo) e de dispersão (desvio-padrão) (Marôco, 2011).

A avaliação da validade de construto foi realizada através da verificação de hipóteses de estudo estabelecidas previamente (subcapítulo da metodologia “Propriedades Psicométricas”), tendo sido realizada a análise da distribuição normal das variáveis pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Ao ser verificado que a distribuição das variáveis não seguia uma distribuição normal utilizou-se o coeficiente de *Spearman* para o teste de hipóteses. De acordo com a interpretação do coeficiente, considerou-se que as correlações são fracas se $|r| < 0,25$, moderadas se $0,25 \leq |r| < 0,50$, fortes para $0,50 \leq |r| < 0,75$ e muito fortes se $|r| \geq 0,75$ (Marôco, 2011).

No que diz respeito ao erro de medição, estimou-se o valor do EPM, da DMD e avaliou-se os efeitos de “chão” e de “teto”. Para o cálculo do EPM utilizou-se a fórmula: $EPM = \text{Desvio Padrão Médio} \times \sqrt{(1 - r)}$, sendo que o r significa o valor da fiabilidade (Davidson & Keating, 2002). A escala RTCP-F-VP apresenta um valor de fiabilidade de 0,504 (IC95%: 0,365-0,621, $p < 0,001$) (Moreira et al., 2022).

O valor do EPM é considerado para o cálculo da DMD, que foi estimada para um intervalo de confiança de 95%. Assim: $DMD = 1,96 \times \sqrt{2} \times EPM$, em que, 1,96 é o valor z do percentil 95 de uma distribuição, para se ter 95% de confiança que a mudança observada foi verdadeira e não apenas causada por erro de medida (de Vet et al., 2011). Tanto o EPM como a DMD foram calculados entre o primeiro momento de avaliação e a avaliação intermédia (4 a 7 dias após o primeiro momento de avaliação) (de Vet et al., 2011).

Para calcular a presença dos efeitos de “chão” e de “teto”, recorreu-se ao valor da DMD, para se definir a amplitude válida do instrumento. Assim o limite inferior é igual ou

inferior à DMD e o limite superior é igual à pontuação total da RTCP-F-VP menos o valor da DMD (de Vet et al., 2011).

O poder de resposta foi calculado com recurso a dois métodos baseados na âncora, através do método “coeficiente correlação âncora” (diagrama de dispersão e coeficiente de correlação de *Spearman*) e do método curva ROC (área abaixo da curva) (Stratford et al., 1996; Streiner & Norman, 2003).

Foi realizado um diagrama de dispersão de modo a verificar a linearidade da relação entre as variáveis “Diferença de RTCP-F-VP T0-T2” e “Perceção Global de Melhoria (T2)” (Cohen et al., 2002; Pallant, 2011), e o teste de correlação de *Spearman*, de forma a estudar a relação entre as duas variáveis, dado que estas não seguiam uma distribuição normal (Marôco, 2011).

No método da curva ROC os participantes foram categorizados em dois grupos, o grupo “cl clinicamente estável” (“sucesso”) e o grupo “melhoria clínica” (“insucesso”), de acordo com o nível de perceção global de melhoria reportado em T2 (Stratford et al., 1996). No que respeita à capacidade discriminativa, considerou-se que uma AAC igual a 0,5 é indicativa de que o instrumento não apresenta capacidade de discriminar os indivíduos que melhoraram dos que não melhoraram. Por outro lado, uma AAC quanto mais próxima do valor 1, maior é a capacidade discriminativa do instrumento (Marôco, 2011).

Foi realizado o teste de *Wilcoxon*, um teste não paramétrico (Marôco, 2011), com o objetivo de avaliar se existiam diferenças significativas na pontuação da RTCP-F-VP entre o momento T0 e o momento T2, no grupo “cl clinicamente estável”, no grupo “melhoria clínica” e no total dos participantes.

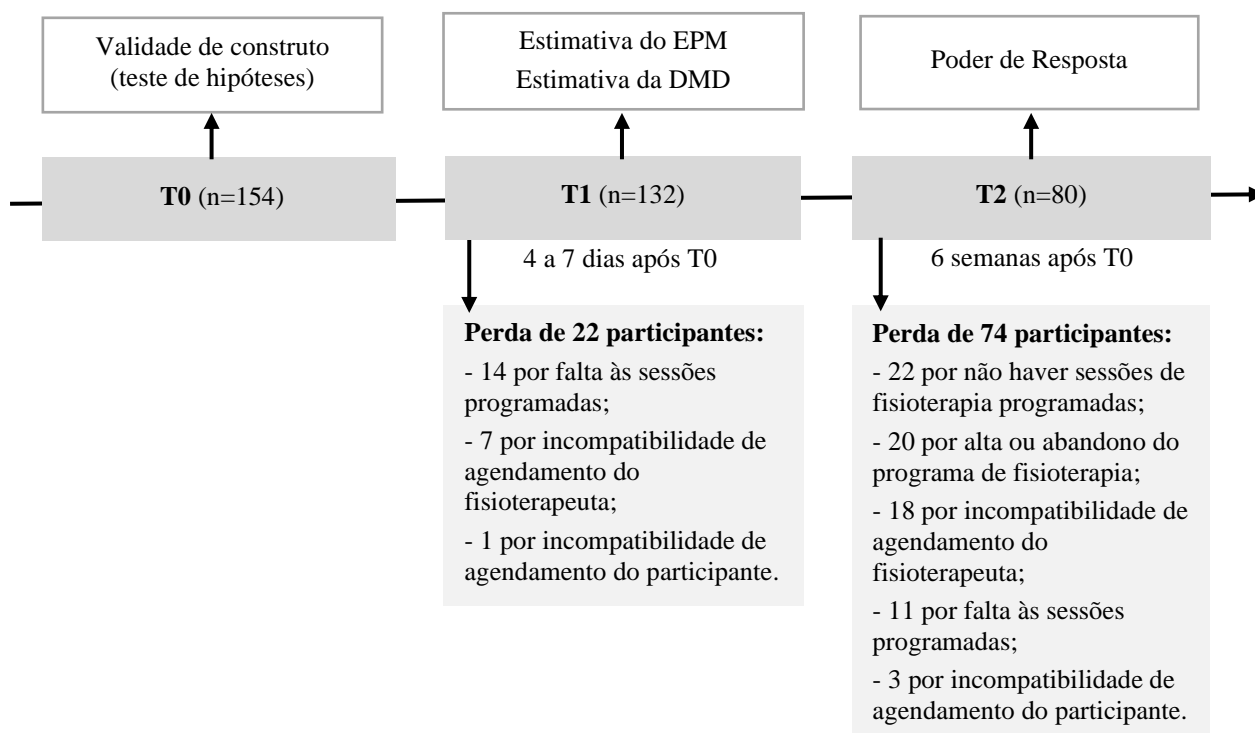
Por fim, pretendia-se estimar a DMCI através do ponto ótimo de corte da curva ROC, contudo este procedimento não foi realizado considerando a ausência de pressupostos estatísticos que suportassem uma possível relação entre a “RTCP-F-VP T0-T2” e a “Perceção Global de Melhoria (Ward et al., 2014; Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2007; Revicki et al., 2008).

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo está organizado em duas partes distintas. A primeira parte corresponde à análise descritiva dos dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra no momento de avaliação inicial. Na segunda parte, serão apresentados os resultados relativamente às propriedades psicométricas em estudo, nomeadamente a validade de constructo, o erro de medição, o poder de resposta e interpretabilidade.

No âmbito deste estudo foram inicialmente recrutados 154 participantes. Dos participantes inicialmente recrutados, houve uma perda total de 74 utentes (48,05%) ao longo do estudo por estarem incontactáveis (*drop-out*). Na figura 2, pode-se observar o número de indivíduos que participaram nos momentos de avaliação para cada um dos propósitos do estudo, bem como o número de perdas que existiram.

Figura 2 - Número de participantes em cada momento de avaliação (T0, T1 e T2) e descrição das propriedades psicométricas a avaliar.



3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 154 participantes, com idades compreendidas entre os 19 e os 80 anos, com uma média de idades de 51 ($\pm 12,66$) anos.

Destes, 59,7% (n=92) são do género feminino e 40,3% (n=62) do género masculino, como se pode aferir na tabela 1. No que concerne ao estado civil a maioria dos participantes eram casados(as) (57,8%; n=89). Em relação às habilitações literárias a maior parte dos participantes completou o ensino superior (37%; n=57) e 68,8% (n=106) tem habilitações de nível secundário ou superior. No que diz respeito à situação profissional, 63% (n=97) encontravam-se a trabalhar, 16,9% (n=26) estavam incapazes de trabalhar devido ao seu problema e 14,9% (n=23) eram reformados (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=154).

| Variáveis | Categorias da variável | Estatística descritiva [n (%)] |
|--|---|--------------------------------|
| Idade [média ± desvio padrão (mínimo-máximo)] | | 51,23 ± 12,66 (19-80) |
| Peso (kg) | | 76,37 ± 16,01 (43-130) |
| Altura (cm) | | 167,03 ± 9,02 (150-188) |
| Género | Masculino | 62 (40,3%) |
| | Feminino | 92 (59,7%) |
| Estado Civil | Solteiro(a) | 21 (13,6%) |
| | Casado(a) | 89 (57,8%) |
| | União de facto | 24 (15,6%) |
| | Viúvo(a) | 1 (0,6%) |
| | Divorciado(a) | 18 (11,7%) |
| Habilitações literárias | Ensino primário ou inferior | 18 (11,7%) |
| | Ensino básico completo (9º de escolaridade) | 30 (19,5%) |
| | Ensino secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) | 49 (31,8%) |
| | Ensino superior completo | 57 (37%) |
| Situação Profissional | A trabalhar | 97 (63%) |
| | Incapaz de trabalhar devido ao problema | 26 (16,9%) |
| | Desempregado(a) | 5 (3,2%) |
| | Reformado(a) | 23 (14,9%) |
| | Doméstico(a) | 3 (1,9%) |

No que respeita à caracterização clínica, destaca-se que a região anatómica mais afetada é o complexo articular do ombro (31,7%; n=49), seguido do joelho (22,7%; n=35) e região lombar (21,4%; n=33). Aproximadamente dois terços dos participantes referiram não tomar medicação (67,5%; n=104). Relativamente às faltas ao trabalho, 35,7% (n=55) dos participantes já o fez, sendo que a maioria o fez mais de 3 vezes (20,8%; n=32) e a duração mais frequente foi de mais de 1 semana (27,9%; n=43). Adicionalmente, 35,1% (n=54) das pessoas estiveram de baixa remunerada no último ano. Na presente amostra o setor da fisioterapia mais utilizado foi o público (61,0%; n=94). A frequência mais comum de sessões de fisioterapia foi de 5 vezes por semana (42,2%; n=65), seguida de 2 vezes por semana (33,8%; n=52). No que diz respeito à duração das sessões, a maioria

dos participantes (53,9%; n=50) refere que estas duravam entre 45 a 60 minutos. No que concerne ao número de sessões realizadas até ao dia do preenchimento do T0 a média foi de 18 (\pm 21,65) sessões (tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização clínica dos participantes (n=154).

| Variáveis | Categorias da variável | Estatística descritiva [n (%)] |
|---|------------------------|--------------------------------|
| Região(ões) anatómica(s) afetada(s) | Cervical | 15 (9,7%) |
| | Tornozelo/Pé | 22 (14,3%) |
| | Lombar | 33 (21,4%) |
| | Ombro | 49 (31,7%) |
| | Cotovelo | 13 (8,4%) |
| | Punho/mão | 15 (9,7%) |
| | Anca | 8 (5,1%) |
| | Joelho | 35 (22,7%) |
| | Sacroilíaca | 5 (3,2%) |
| Medicação | Sim | 50 (32,5%) |
| | Não | 104 (67,5%) |
| Faltas ao trabalho | Sim | 55 (35,7%) |
| | Não | 75 (48,7) |
| | Não aplicável | 24 (15,6%) |
| Número de faltas | 1 vez | 19 (12,3) |
| | 2 vezes | 4 (2,6%) |
| | 3 vezes | 1 (0,6%) |
| | Mais de 3 vezes | 32 (20,8%) |
| Duração das faltas | 1 dia | 3 (1,9%) |
| | 2 dias | 3 (1,9%) |
| | 1 semana | 7 (4,5%) |
| | Mais de 1 semana | 43 (27,9%) |
| Baixa remunerada | Sim | 54 (35,1%) |
| | Não | 73 (47,4%) |
| | Não aplicável | 27 (17,5%) |
| Setor da fisioterapia | Público | 94 (61%) |
| | Privado | 59 (38,3%) |
| | Outro | 1 (3,5%) |
| Frequência das sessões | 1 vez por semana | 1 (0,6%) |
| | 2 vezes por semana | 52 (33,8%) |
| | 3 vezes por semana | 34 (22,1%) |
| | 4 vezes por semana | 2 (1,3%) |
| | 5 vezes por semana | 65 (42,2%) |
| Duração das sessões | 30 a 45 minutos | 21 (13,6%) |
| | 45 a 60 minutos | 83 (53,9%) |
| | Mais de 60 minutos | 50 (32,5%) |
| Número de sessões [(média \pm desvio padrão (mínimo-máximo))] | | 18 \pm 21,65 (3-120) |

3.2. Propriedades psicométricas em estudo

3.2.1. Validade de constructo

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi avaliada a distribuição das variáveis referentes ao primeiro momento de avaliação (T0) das escalas Versão Portuguesa da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F-VP), Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR) e Versão Portuguesa da escala *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK- 13-VP), tendo-se verificado que na sua generalidade não seguem uma distribuição normal (ver apêndice B). Deste modo foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* (tabela 3) para avaliar a intensidade e direção da relação entre as variáveis.

No que concerne à validade convergente, tinha sido estabelecido como hipótese a existência de uma correlação positiva e significativa forte ($> 0,50$) entre a pontuação total da RTCP-F-VP e a pontuação total do IAT-RR em T0. Os resultados do teste de correlação de *Spearman* parecem suportar a existência de uma associação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r_s=0,451$, $p<0,001$), contudo, a hipótese pré-estabelecida conjecturava a existência de uma relação forte e constatou-se apenas uma correlação moderada, não se confirmando a hipótese totalmente.

Em relação à validade discriminativa, tinha sido estabelecido como hipótese a existência de uma correlação negativa e significativa fraca ($\geq -0,25$) entre a pontuação total da RTCP-F-VP e a pontuação total da TSK-13-VP em T0. Os resultados do teste de correlação de *Spearman* suportam a existência de uma associação positiva, sem significado estatístico ($r_s=0,40$, $p=0,621$). Considerando os resultados expostos, a hipótese 2, previamente definida, não se confirma, mantendo-se a hipótese nula.

Tabela 3 - Coeficiente de Correlação de *Spearman* para os instrumentos RTCP-F-VP, IAT-RR e TSK-13-VP em T0.

| | | IAT-RR T0 | TSK- 13-VP T0 |
|--------------|-----------------|-----------|---------------|
| RTCP-F-VP T0 | <i>Spearman</i> | 0,451** | 0,040 |
| | Valor <i>p</i> | 0,000 | 0,621 |

** . A correlação é significativa a $p \leq 0,05$

3.2.2. Erro de medição

3.2.2.1. Estimativa do EPM e DMD

No que respeita ao cálculo do EPM (T0-T1), inicialmente foi aferida a média dos desvios padrão da RTCP-F-VP no momento inicial (T0), e após 4-7 dias (T1) (ver apêndice C), constatando a mesma em um valor de 7,35 pontos. Face ao exposto, aferiu-se o EPM através da seguinte fórmula matemática:

$$EPM = 7,35 \times \sqrt{(1 - 0,50)} [IC\ 95\%: (7,35 \times \sqrt{(1 - 0,621)}) - (7,35 \times \sqrt{(1 - 0,365)})] = 5,197 (IC\ 95\%: 4,525 - 5,857)$$

Verificou-se que o valor do EPM é de 5,197 (IC 95%: 4,525 – 5,857). Decorrente do cálculo do EPM, foi calculada a DMD₉₅, através da seguinte fórmula matemática:

$$DMD = 1,96 \times \sqrt{2} \times EPM = 1,96 \times \sqrt{2} \times 5,197 = 14,405$$

O valor da DMD para a escala RTCP-F-VP consta em 14,405 pontos.

3.2.2.2. Efeitos de “chão” e de “teto”

Com base na DMD, calculou-se a amplitude válida para se determinar a presença de efeitos de “chão” e “teto” da pontuação total da RTCP-F-VP, desta forma obteve-se como limite inferior o valor de 14,405 (DMD) e como limite superior o valor de 60,6 (75-DMD). Verificou-se que a percentagem de participantes que obteve valores iniciais inferiores a 15 pontos (limite inferior estabelecido para os efeitos de “chão”) é de 0%. Ao contrário, a percentagem de participantes que obteve valores iniciais superiores a 61 pontos (limite superior estabelecido para os efeitos de “teto”) é de 84,42% (n=130) participantes (tabela 4). Foi também calculada a presença de efeitos de “chão” e de “teto” para cada um dos 15 itens da escala individualmente, tendo-se verificado a presença de efeitos de “teto” superiores a 57,1% em todas as questões (tabela 4).

Tabela 4 - Percentagem de efeitos de “teto” e de “chão” da RTCP-F-VP.

| | Efeito de “chão” (%) | Efeito de “teto” (%) |
|--------------|----------------------|----------------------|
| Escala Total | 0% | 84,42% |
| Questão 1 | 0% | 81,8% |
| Questão 2 | 0% | 84,4% |
| Questão 3 | 0% | 90,3% |
| Questão 4 | 0% | 87,0% |
| Questão 5 | 0,7% | 75,3% |
| Questão 6 | 0% | 77,9% |
| Questão 7 | 0,7% | 70,1% |
| Questão 8 | 0,7% | 63% |
| Questão 9 | 9,1% | 59,1% |
| Questão 10 | 5,2% | 57,1% |
| Questão 11 | 5,2% | 75,3% |
| Questão 12 | 5,2% | 74,7% |
| Questão 13 | 5,2% | 68,8% |
| Questão 14 | 4,5% | 68,8% |
| Questão 15 | 5,2% | 77,9% |

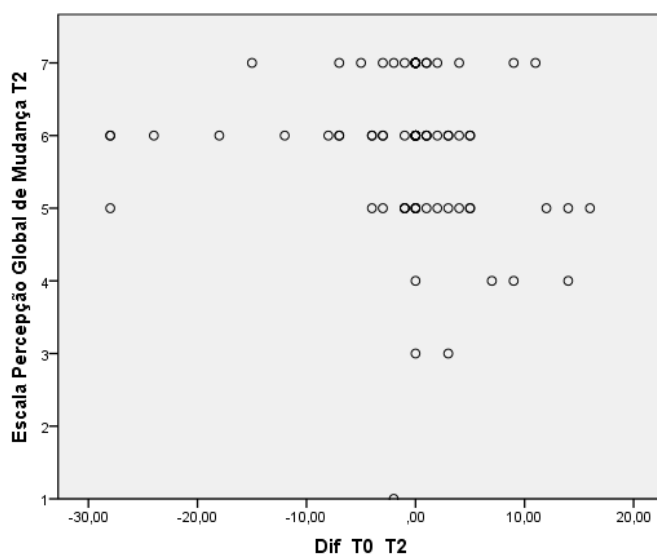
3.2.3. Poder de resposta e interpretabilidade

O índice do poder de resposta foi estimado através de dois métodos baseados na âncora, nomeadamente: o método “Coeficiente correlação âncora” (diagrama de dispersão e coeficiente de correlação de *Spearman*) e o método curva ROC (área abaixo da curva).

3.2.3.1 Método “Coeficiente correlação âncora”

A análise decorrente do diagrama de dispersão (figura 3) entre as variáveis “Diferença de RTCP-F-VP T0-T2” e “Perceção Global de Melhoria (T2)” não parece inferir uma tendência linear na associação entre as duas variáveis.

Figura 3 - Diagrama de dispersão entre a diferença RTCP-F-VP T0-T2 e a percepção global de melhoria.



Adicionalmente, a relação entre as variáveis “Diferença de RTCP-F-VP T0-T2” e “Percepção Global de Melhoria (T2)” foi estudada com recurso ao coeficiente de correlação de *Spearman* ($rs=-0,184$, $p=0,102$) (tabela 5), sugerindo a existência de uma correlação negativa, sem significado estatístico. Considerando os resultados expostos não parece inferir-se uma possível relação entre as variáveis.

Tabela 5 - Resultado do coeficiente de correlação de *Spearman* entre a diferença RTCP-F-VP T0-T2 e a percepção global de melhoria.

| Variáveis correlacionadas | Coefficiente de correlação de <i>Spearman</i> | Valor <i>p</i> |
|------------------------------|---|----------------|
| Diferença RTCP-F-VP T0-T2 | -0,184 | 0,102 |
| Percepção global de melhoria | | |

3.2.3.2. Método curva ROC: Área abaixo da curva

O poder de resposta da RTCP-F-VP foi também estimado com recurso ao método curva ROC, determinando a AAC e os respetivos intervalos de confiança (95%) (figura 4).

No contexto da presente análise a amostra foi categorizada em dois grupos: “cl clinicamente estável” (pessoas que reportaram pontuações de 1 a 4 na PGIC no momento de avaliação final (T2), ou seja, não perceberam uma melhoria global da sua condição e/ ou

sintomas) e “melhoria clínica” (pessoas que reportaram no momento T2 pontuação igual ou superior a 5 na PGIC, ou seja, que perceberam uma melhoria global na sua condição e/ ou sintomas com relevância para o seu dia-a-dia). No grupo “cl clinicamente estável” (“insucesso”) foram incluídas 7 pessoas, e no grupo “melhoria clínica” (“sucesso”) foram incluídas 73 pessoas.

A Figura 4 apresenta o gráfico da curva ROC. A AAC é de 0,706 (IC 95%: 0,502-0,911), contudo não revela significado estatístico ($p=0,072$) (tabela 6).

Figura 4 - Curva ROC da RTCP-F-VP.

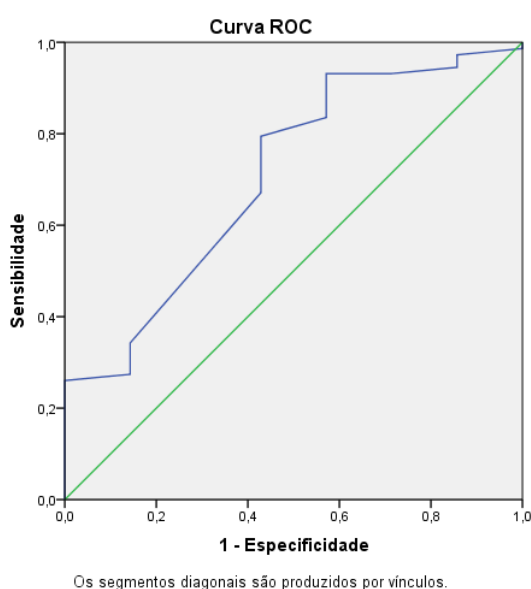


Tabela 6 - Valor da Área Abaixo da Curva (AAC) para a curva ROC.

| Área Abaixo da Curva (AAC) | Erro Padrão | Valor p | Intervalo de Confiança de 95% | |
|----------------------------|-------------|---------|-------------------------------|--------|
| | | | Mínimo | Máximo |
| 0,706 | 0,104 | 0,072 | 0,502 | 0,911 |

Na tabela 7 constam os resultados da RTCP-F-VP no momento inicial (T0) e após 6 semanas (T2) para cada um dos grupos e para a amostra total. A diferença de pontuação da RTCP-F-VP entre T2 e T0 foi de: - 4,43 ($\pm 5,80$) pontos no grupo “cl clinicamente estável”; + 1,41($\pm 8,16$) pontos no grupo “melhoria clínica”; e, + 0,90 ($\pm 8,12$) pontos no total dos participantes.

Os resultados do teste de *Wilcoxon* (*Z*) para o grupo “cl clinicamente estável” (*Z*= -1,753; *p*=0,080), para o grupo “melhoria clínica” (*Z*= -0,748; *p*=0,455) e para o total dos participantes (*Z*= -0,155; *p*=0,877) não revelaram significado estatístico. Deste modo, não se pode assumir que existam diferenças significativas na pontuação da RTCP-F-VP nas duas medições.

Tabela 7 - Resultados da RTCP-F-VP no momento inicial (T0) e após 6 semanas (T2) para cada um dos grupos e para a amostra total.

| | RTCP-F-VP T0 (Média) | RTCP-F-VP T2 (Média) | Diferença RTCP-F-VP T2-T0 (Média) | Teste de Wilcoxon (valor <i>p</i>) |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|
| PGIC (T2) | | | | |
| Grupo “cl clinicamente estável” (n=7) | 72,14 (± 3,49) | 67,71 (± 6,92) | -4,43 (± 5,80) | -1,753 (<i>p</i> =0,080) |
| Grupo “melhoria clínica” (n=73) | 68,86 (± 7,90) | 70,27 (± 6,03) | 1,41 (± 8,16) | -0,748 (<i>p</i> =0,455) |
| Total (n=80) | 69,15 (± 7,66) | 70,05 (± 6,11) | 0,90 (± 8,12) | -0,155 (<i>p</i> =0,877) |

3.2.3.3. Determinação da diferença mínima clinicamente importante

No presente estudo foi identificada a presença de elevados efeitos de “teto”, nomeadamente de 84,42% para o total da escala. Neste sentido, a possibilidade de melhoria máxima é limitada, considerando que no momento inicial cerca de 84% dos participantes pontuaram no extremo superior da escala, limitando a possibilidade de pontuarem níveis mais elevados nos momentos de avaliação subsequente, e assim refletir e detetar uma mudança no *outcome* da RTCP-VP (Babatunde et al., 2017; Paap et al., 2020; Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2007).

Para calcular uma DMCI válida, o instrumento deve apresentar capacidade suficiente para registar mudanças ao longo do tempo, caso ocorram. A sensibilidade à mudança é, portanto, um pré-requisito para determinar a DMCI (Ward et al., 2014). Neste sentido, os efeitos de “teto” limitam a sensibilidade à mudança, pelo que o cálculo da DMCI não é apropriado e rigoroso para pessoas que pontuem o máximo da escala (Ward et al., 2014).

Por outro lado, as recomendações sobre os métodos para avaliar a DMCI afirmam que deve existir pelo menos uma correlação significativa e moderada entre a variável e a âncora, para se proceder ao cálculo da DMCI (Revicki et al., 2008). No entanto esse pressuposto não se verificou no presente estudo. Ou seja, no que diz respeito ao poder de resposta, o diagrama de dispersão ilustrou a ausência de uma relação do tipo linear entre as variáveis “Diferença de RTCP-F-VP T0-T2” e “Percepção Global de Melhoria (T2)”, concluindo-se que parece não existir uma correlação entre estas duas variáveis (Cohen et al., 2002; Pallant, 2011). Este resultado é corroborado pelo coeficiente de correlação de *Spearman* ($p=0,102$), pelo que mais uma vez não se pode afirmar que uma diferença positiva da pontuação da RTCP-F-VP entre T0 e T2, se associe a uma percepção global de melhoria mais elevada. Em relação ao gráfico da curva ROC, a AAC não revelou significado estatístico (Marôco, 2011). Adicionalmente, a comparação entre as pontuações da RTCP-F-VP entre o momento T0 e T2 não revelou significado estatístico (Marôco, 2011).

Apesar da determinação da DMCI ser importante para interpretar a relevância clínica das alterações nas pontuações do instrumento de medida, dado que as análises anteriores não revelaram relação e poder discriminativo, considerou-se que não estão reunidos os pressupostos para a realização deste cálculo de uma forma válida e rigorosa (Ward et al., 2014; Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2007; Revicki et al., 2008).

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo contribuir para a validação da escala RTCP-F-VP através do estudo das propriedades psicométricas de validade de construto, erro de medição, poder de resposta e interpretabilidade.

Na amostra participaram indivíduos com condições ME que estivessem a realizar fisioterapia e que tivessem realizado no mínimo 3 sessões no momento de avaliação inicial. No estudo original das propriedades psicométricas da RTCP-F, a amostra incluiu participantes com condições clínicas de diversas áreas (tendo-se verificado, no entanto, que 78,5% das pessoas tinham uma condição traumatológica ou reumatológica) e os indivíduos realizaram pelos menos 15 sessões de fisioterapia para poderem ser incluídos (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b). No presente estudo, realizado na área específica das condições ME, optou-se por adotar um número mínimo de sessões inferior, ajuste que foi suportado por outros estudos com objetivos semelhantes (Paap et al., 2019). Por esse motivo, verificou-se uma discrepância no número de sessões que os participantes tinham realizado aquando do primeiro momento de avaliação, que no presente estudo foi em média de 18 ($\pm 21,65$) sessões e no estudo de Rodríguez-Nogueira e colaboradores (2020b) foi de 32 ($\pm 27,51$) sessões.

Os dados recolhidos no questionário de caracterização sociodemográfica e clínica podem ser comparados com alguns dados de estudos previamente realizados, especificamente com o estudo original das propriedades psicométricas da RTCP-F (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b). Apesar do presente estudo ter contado com a participação de 154 indivíduos, valor abaixo da amostra do estudo supracitado, que foi de 366 participantes, parece existir semelhança em relação à maior prevalência de pessoas do sexo feminino, de 59,7% e 59,8%, respetivamente (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b). Ao serem comparados ambos os estudos, idêntica foi também a média de idades dos participantes, de 51 ($\pm 12,658$) anos no presente estudo e de 52 ($\pm 14,56$) anos no estudo de Rodríguez-Nogueira e colaboradores (2020b). Nos dois estudos a maioria dos participantes eram casados(as) ou viviam em união de facto, 73,4% no atual estudo e 61,8% no estudo original. No que concerne às habilitações literárias verificou-se alguma discrepância, pois no presente estudo 88,3% dos participantes possuíam ensino médio ou superior, e no estudo original a percentagem desses indivíduos foi de 68% (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b).

No que diz respeito à validade de construto, a hipótese estabelecida previamente relativa à validade convergente confirmou-se parcialmente, pois parece existir uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a pontuação total da RTCP-F-VP e a pontuação total do IAT-RR em T0. Contudo ao contrário do que se tinha estabelecido, esta relação não é forte, mas sim moderada ($r_s=0,451$, $p<0,001$) (Wlodyka-Demaille et al., 2002). Sendo o IAT-RR um instrumento que avalia a qualidade da aliança terapêutica, que é vista como uma parte do construto da relação terapêutica (McCabe et al., 2021c), os resultados obtidos indicam a existência de conteúdo que é partilhado por ambos os instrumentos, ou seja, os participantes que obtiveram resultados mais elevados no IAT-RR também apresentaram resultados mais elevados na RTCP-F-VP.

Quanto à hipótese estabelecida acerca da validade divergente, esperava-se que houvesse uma correlação negativa e significativa fraca entre a pontuação total da RTCP-F-VP e a pontuação total da TSK- 13-VP em T0, mas os resultados do teste de correlação de *Spearman* parecem suportar a existência de uma associação positiva e não significativa, mantendo-se a hipótese nula. Deste modo, não houve evidência para comprovar a hipótese estabelecida de que resultados mais baixos na TSK-13-VP (menor cinesiofobia) estão correlacionados com resultados mais elevados na RTCP-F-VP (melhor relação terapêutica) como seria esperado (Lawford et al., 2021).

No que diz respeito aos momentos de aplicação dos instrumentos para avaliação do erro de medição e diferença mínima detetável é importante salientar que a avaliação intermédia, T1, foi realizada 4 a 7 dias após o preenchimento de T0, ao contrário do estudo original em que o intervalo foi de 2 a 3 semanas. Este intervalo foi reduzido, de modo a prevenir uma mudança no construto medido, cuja probabilidade aumenta quando os intervalos são maiores (de Vet et al., 2011).

Quanto ao erro de medição, para o seu cálculo foi necessário utilizar o valor da fiabilidade da RTCP-F-VP que é de 0,504 (IC95%: 0,365-0,621, $p<0,001$) (Moreira et al., 2022), que não sendo considerado adequado, pode ter influência nos resultados (Terwee et al., 2007). O valor estimado do EPM foi de 5,197 (IC 95%: 4,525-5,857), sendo que depois se estimou o valor da DMD para um intervalo de confiança de 95%. O resultado deste valor foi de 14,405, correspondendo à quantidade mínima de mudança na pontuação total da RTCP-F-VP que não é devida ao erro da medição. Uma mudança menor que este valor, é considerada indistinguível do erro de medida, o que significa que é necessária uma

diferença de 15 pontos na pontuação total da escala, respondida em dois momentos diferentes, para traduzir uma diferença real (Stratford et al., 1996).

Com base neste valor da DMD verificou-se que a RTCP-F-VP apresenta efeitos de “teto” (84,42%) e não apresenta efeitos de “chão” (0%). No estudo original das propriedades psicométricas da RTCP-F, foi calculado o efeito “chão” e “teto” de cada item (15 no total), sendo que todos os itens apresentaram efeito “teto” superiores a 45,4% (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b). No presente estudo, foi do mesmo modo confirmada a presença de efeitos de “teto” superiores a 57,1% para cada uma das 15 questões do instrumento. De notar que a questão 3 foi a que apresentou maior efeito de “teto” no presente estudo (90,3%), bem como no estudo original (85,2%). De igual forma a questão 4, 2 e 1 foram respetivamente as questões seguintes com maiores efeitos de “teto” em ambos os estudos. Para além disso, houve também nos dois estudos um aumento significativo da percentagem de efeito de “chão” da questão 8 para a 9. No presente estudo, esse aumento foi de 8,4% e no estudo original foi de 8%. É de notar que a questão 9 corresponde ao item a partir do qual as opções de resposta se invertem, alterando de “discordo totalmente” para “concordo totalmente” a “concordo totalmente” para “discordo totalmente”. Esta alteração pode não ter sido percebida por alguns participantes, conduzindo a que não dessem conta da inversão das opções de resposta – é possível que este aspeto justifique a percentagem de efeito de “chão” mais elevada. Os efeitos de “teto” possuem relevância clínica prática, pois dizem respeito aos indivíduos cujas estimativas referentes à melhoria da relação terapêutica podem não ser válidas. De igual modo, as mudanças percecionadas por estas pessoas podem não ser mensuráveis, pois quem classificou o máximo da escala no primeiro momento de avaliação, não pode melhorar mais do que essa pontuação (Terwee et al., 2007; MacDermid et al., 2009).

Atualmente, parece existir o desafio de se superar os efeitos de “teto” ao se avaliar construtos como a relação terapêutica, a aliança terapêutica e a satisfação do utente (Babatunde et al., 2017; Paap et al., 2019). Estes construtos evidenciam, frequentemente, um efeito de “teto” na fase inicial do tratamento, sugerindo que muitas pessoas desenvolvem rapidamente uma forte ligação com o profissional de saúde (Babatunde et al., 2017; Paap et al., 2019; Meier & Feeley, 2021; Meier, 2022). Alguns autores defendem que isso se deve a problemas na medição, nomeadamente devido ao facto de os instrumentos não serem suficientemente sensíveis para detetar a variabilidade do construto (Paap et al., 2019; Baldwin & Goldberg, 2021). De acordo com Paap e

colaboradores (2020), estes efeitos também podem ser resultantes de uma falha na construção de um formato de resposta abrangente das questões, das características dos utentes e das respostas socialmente desejáveis. Ao que parece estes efeitos de “teto” também podem ser consequência de fatores relacionados com o próprio construto, uma vez que um estudo realizado por Meier e Feeley (2021) encontrou moderados a elevados efeitos de “teto” em diversos instrumentos autoreportados de avaliação da aliança terapêutica.

No que diz respeito ao poder de resposta, é importante salientar que o mesmo foi calculado a partir da aplicação de instrumentos no momento de avaliação final (T2), realizado 6 semanas após o preenchimento de T0 de acordo com o que tem sido realizado noutros estudos com objetivos similares (Davidson & Keating, 2002). Esta propriedade psicométrica não foi analisada no estudo de validação original da RTCP-F. No presente estudo, o poder de resposta da RTCP-F-VP foi estimado através de métodos baseados na âncora, o “método coeficiente correlação âncora” (diagrama de dispersão e coeficiente de correlação de *spearman*) e o método curva ROC (área abaixo da curva). Foi utilizada como âncora externa a escala PGIC, como forma a garantir a estabilidade da condição entre T0-T2 (Mokkink et al., 2010a). Contudo, o construto da relação terapêutica parece estar mais associado a construtos como a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento, do que com a perceção global de melhoria (McCabe et al., 2021c; McCabe et al., 2018; Hush et al., 2011). No entanto, os instrumentos disponíveis em Portugal, como é o caso do IAT-RR (Ramos, 2008) ou o Questionário de Satisfação do Doente Ambulatório de Fisioterapia (PTOPS) (Cavalheiro et al., 2018) não têm valores de DMCI ou *cut-off* identificados para que possam ser usados como critério externo/ âncora para a avaliação do poder de resposta (Marôco, 2011). Apesar da PGIC medir um construto global e complexo de mudança, e não especificamente e unicamente o construto em causa, é comumente utilizado um instrumento que meça a perceção global de melhoria como âncora externa no estudo do poder de resposta (Coon & Cook, 2018; Mokkink et al., 2010a; Dworkin et al., 2008).

O diagrama de dispersão ilustrou a ausência de uma relação do tipo linear entre as variáveis “Diferença de RTCP-F-VP T0-T2” e “Perceção Global de Melhoria (T2)”, concluindo-se que não existe linearidade de relação entre estas duas variáveis (Cohen et al., 2002; Pallant, 2011). Ao calcular o coeficiente de correlação de *Spearman* entre as duas variáveis concluiu-se que esta correlação não é significativa ($r_s = -0,814, p = 0,102$),

pelo que não se pode afirmar que uma maior diferença da pontuação da RTCP-F-VP entre T0 e T2, que representa uma melhoria da relação terapêutica, signifique uma maior percepção global de melhoria. Adicionalmente também se estimou o poder de resposta com recurso à Curva ROC entre as mesmas variáveis, sendo que a AAC foi de cerca de 0,706, contudo não revelou significado estatístico ($p=0,072$). Deste modo, o poder de resposta não revelou significado estatístico. Um dos fatores a ter em conta é que no momento de avaliação final (T2) participaram apenas 80 participantes, sendo que destes, apenas 7 indivíduos pertenciam ao grupo dos “cl clinicamente estáveis”. Esse número não perfaz o mínimo necessário de participantes para o cálculo do poder de resposta, que teria de ser de 50 pessoas no grupo menor, pelo que esta limitação poderá ter influência nos resultados. Adicionalmente, a presença de efeitos de “teto” no momento de avaliação inicial, com 84,42% dos participantes a pontuar no extremo superior da escala, pode afetar o poder de resposta do instrumento, dificultando a capacidade deste detetar mudanças (Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2007). Devido ao facto de o poder de resposta não revelar significado estatístico e devido à presença de efeito “teto” optou-se por não se proceder ao cálculo da DMCI, uma vez que se considerou que não estavam reunidos os pressupostos para a realização deste cálculo (Ward et al., 2014; Revicki et al., 2008).

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela e tendo em conta as limitações identificadas. A validade externa do estudo pode estar comprometida devido ao método de amostragem utilizado (amostra não probabilística e seleção por conveniência), que pode ter propiciado viés de seleção e consequentemente viés de medição (Tyrer & Heyman, 2016). Este último tipo de viés também pode estar presente no procedimento de recolha de dados, devido ao facto de participarem diferentes fisioterapeutas colaboradores e em contextos distintos, que podem ter prestado mais ou menos esclarecimentos aos participantes sobre o preenchimento dos questionários (Bailey et al., 2006). Para além disso, o facto do construto avaliado ser a relação terapêutica entre utente e fisioterapeuta, pode levar os utentes a supor que os fisioterapeutas estivessem a ser avaliados através do questionário, influenciando as suas respostas.

Ao serem aplicados questionários autoreportados e considerando o construto em estudo (relação terapêutica), é essencial ter em atenção que estes podem ser influenciados pela desejabilidade social e pela cultura onde as pessoas estão inseridas (Meier & Feeley, 2021). Estes fatores podem condicionar as respostas, levando a que as pessoas assinalem as opções de modo aceitável em termos sociais e que considerem ser as mais corretas,

podendo não corresponder à realidade percebida pelos próprios. Deste modo, conforme seria esperado os participantes podem tender a assinalar as opções de resposta com pontuações superiores, estando-se na presença de efeitos de “teto”, como também foi verificado no estudo original do instrumento (Rodríguez-Nogueira et al., 2020b) e em outros estudos que avaliam domínios relacionados com a prática centrada na pessoa (Paap et al., 2019). Adicionalmente, o reduzido número de participantes para o cálculo do poder de resposta também constitui uma limitação para este estudo (Mokkink et al., 2018).

Apesar das limitações referidas, este estudo trouxe um contributo relevante no que diz respeito à relação terapêutica no contexto da intervenção da fisioterapia em pessoas com condições ME em Portugal. Uma das barreiras identificadas na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade é a ausência de uma abordagem padronizada de medição dos resultados clínicos (Scott et al., 2020). O facto de os instrumentos de medida serem complexos, a dificuldade dos sistemas de pontuação, a falta de instrumentos autoreportados traduzidos para uso em Portugal e a carência de análise das propriedades psicométricas, são também limitações associadas aos instrumentos de medida (Santos & Pires, 2021).

Este estudo contribuiu para a existência de um instrumento que avalia domínios importantes na relação terapêutica centrada na pessoa, no contexto da população portuguesa. Contudo, de acordo com os resultados obtidos sugere-se que sejam realizados mais estudos de validação do instrumento de forma a garantir a sua adequação à realidade portuguesa.

Em particular, no que diz respeito à redução dos efeitos de “teto”, foi realizado um estudo com o objetivo de reduzir a sua presença na pontuação do *Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch Version* (WAI-ReD), através da mudança da escala de pontuação e usando a escala visual analógica (EVA) (Paap et al., 2020). Ao assinalar a opção de resposta na EVA a pessoa escolhe a posição entre o ponto inicial e final que melhor representa a sua opinião, o que parece evitar os efeitos de “teto” de forma mais eficaz do que uma escala de *likert* (Voutilainen et al., 2016). Os participantes (n=176) receberam aleatoriamente uma das três versões do WAI-ReD, com um dos seguintes sistemas de pontuação: *balanced likert scale*, *positive-packed likert scale* e EVA. Os resultados demonstraram significativamente menos efeitos de “teto” na versão com a EVA (domínio dos objetivos: 8,0%; domínio dos vínculos: 7,7%), em comparação com a original (domínio dos objetivos: 18,0%; domínio dos vínculos: 29,8) e com a versão *packed likert*

scale (domínio dos objetivos: 27,1%; domínio dos vínculos: 29,8%). Segundo este estudo, a EVA parece reduzir efetivamente os efeitos de teto nas pontuações dos domínios da WAI-ReD, mantendo a sua validade (Paap et al., 2020).

Adicionalmente, revela-se importante investigar o poder de resposta e a interpretabilidade da RTCP-F-VP, devido à sua relevância na integração na prática clínica e investigação relacionada com a capacidade do instrumento detetar mudanças ao longo do tempo no construto a ser medido (de Vet et al., 2011; Mokkink et al., 2010b). A necessidade de mais estudos acerca do poder de resposta também no construto da aliança terapêutica é descrita na literatura, dada a sua importância na capacidade de detetar mudanças nos resultados do tratamento (Paap et al., 2022).

Por fim, estudos de validação do instrumento com amostras maiores, de forma a garantir o número adequado de participantes para a estimativa do poder de resposta devem ser realizados, de modo a assegurar a capacidade deste instrumento poder detetar mudanças ao longo do tempo no constructo da relação terapêutica centrada na pessoa (Mokkink et al., 2018).

5. CONCLUSÃO

Atualmente sabe-se que a relação terapêutica entre profissionais de saúde e utentes é de grande relevância para uma abordagem centrada na pessoa, sendo esta uma prioridade para a reorganização dos cuidados de saúde no atual século. O presente estudo contribuiu para a validação da versão portuguesa da RTCP-F-VP, tendo realizado a avaliação da validade de construto, erro de medição e poder de resposta da RTCP-F-VP.

A validade de construto não foi totalmente confirmada por não se verificarem a totalidade das hipóteses previamente estabelecidas. Considerando os efeitos de teto obtidos para a escala total, não se suporta a utilização da RTCP-F-VP na prática clínica e em contexto de investigação, por não apresentar capacidade para discriminar pontuações mais altas. No que diz respeito ao poder de resposta, não se verificou relação entre as pontuações da “RTCP-F-VP” e a “Perceção Global de Melhoria”, não se verificando relação com a âncora previamente estabelecida. Estudos futuros devem ser desenvolvidos, nomeadamente com estratégias para minimizar a percentagem de efeitos de “teto” e com amostras maiores para a estimativa do poder de resposta e interpretabilidade.

Apesar de os resultados obtidos não suportarem, de momento, a utilização da RTCP-F-VP, este estudo apresenta um primeiro contributo para a adaptação de um instrumento para a população portuguesa que possibilita a avaliação da relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia, valorizando os variados domínios inerentes a este modelo de prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, K. O., Dowds, B. N., Pelletz, R. E., Edwards, T. W., & Peeters-Asdourian, C. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*, *63*(1), 77–83. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00021-J](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00021-J)
- Arthritis Alliance of Canada. (2017). Osteoarthritis tool, (June), 1–8.
- Axboe, M. K., Christensen, K. S., Kofoed, P. E., & Ammentorp, J. (2016). Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC medical education*, *16*(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0798-7>
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2014). The economic impact of chronic pain: a nationwide population- based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, *17*, 87–98. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4>
- Babatunde, F., MacDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC health services research*, *17*(1), 375. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>
- Bailey, L., Vardulaki, K., Langham, J., Chandramohan, D. (2006). Introduction to Epidemiology. Black N, Raine R, editors. London: Open University Press in collaboration with LSHTM.
- Baldwin, S. A., & Goldberg, S. B. (2021). “Methodological foundations and innovations in quantitative psychotherapy research,” in Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, eds M. Barkham, W. Lutz, and L. G. Castonguay (Hoboken, NJ:Wiley), 19–50.
- Banerjee, A., Hendrick, P., Bhattacharjee, P., & Blake, H. (2018). A systematic review of outcome measures utilised to assess self-management in clinical trials in patients with chronic pain. *Patient education and counseling*, *101*(5), 767–778. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.002>

- Barlow, J. H., Wright, C. C., Sheasby, J. E., Turner, A. P., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Barkham, M., Agnew, R. M., & Culverwell, A. (1993). The California Psychotherapy Alliance Scales: A pilot study of dimensions and elements. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 157–165. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01738.x>
- Bauman, A. E., Fardy, H. J., & Harris, P. G. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care?. *The Medical journal of Australia*, 179(5), 253–256. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05532.x>
- Bowling A. (2009). *Research methods in health: investigating health and health services* (3rd ed.). McGraw Hill/Open University Press. Retrieved November 15 2022 from <http://site.ebrary.com/id/10510865>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., Canhão, H., & EpiReumaPt study group (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Braun, T., Rieckmann, A., Weber, F., & Grüneberg, C. (2018). Current use of measurement instruments by physiotherapists working in Germany: A cross-sectional online survey. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3563-2>
- Briggs, A. M., Woolf, A. D., Dreinhöfer, K., Homb, N., Hoy, D. G., Kopansky-Giles, D., Åkesson, K., & March, L. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(5), 366–368. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.204891>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Cavalheiro, Luís M., Cabri, J. M., & Ferreira, P. L. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the physical therapy outpatient satisfaction survey. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(3). <https://doi.org/10.1159/000486250>
- Cleland, J. A., Fritz, J. M., Whitman, J. M., & Palmer, J. A. (2006). The reliability and construct validity of the Neck Disability Index and patient specific functional scale in patients with cervical radiculopathy. *Spine*, 31(5), 598–602. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000201241.90914.22>
- Cleland, J. A., Childs, J. D., & Whitman, J. M. (2008). Psychometric properties of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in patients with mechanical neck pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(1), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.08.126>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G., & Aiken, L.S. (2002). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203774441>
- Coon, C. D., & Cook, K. F. (2018). Moving from significance to real-world meaning: methods for interpreting change in clinical outcome assessment scores. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(1), 33–40. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1616-3>
- Cordeiro, N., Pezarat-Correia, P., Gil, J., & Cabri, J. (2011). Portuguese language version of the Tampa Scale for Kinesiophobia [13 items]. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 21(1), 58–63. <https://doi.org/10.3109/10582452.2012.762966>
- Côté, P., Wong, J. J., Sutton, D., Shearer, H. M., Mior, S., Randhawa, K., Ameis, A., Carroll, L. J., Nordin, M., Yu, H., Lindsay, G. M., Southerst, D., Varatharajan, S., Jacobs, C., Stupar, M., Taylor- Vaisey, A., van der Velde, G., Gross, D. P., Brison, R. J., ... Salhany, R. (2016). Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *European Spine Journal*, 25(7), 2000–2022. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4467-7>
- Cook, C. E., Denninger, T., Lewis, J., Diener, I., & Thigpen, C. (2021). Providing value-based care as a physiotherapist. *Archives of physiotherapy*, 11(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40945-021-00107-0>

- Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G. (2018). Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 38, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.10.006>
- Davidson, M., & Keating, J. L. (2002). A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Physical therapy*, 82(1), 8–24. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.1.8>
- de Vet, H. C., Terwee, C. B., Ostelo, R. W., Beckerman, H., Knol, D. L., & Bouter, L. M. (2006). Minimal changes in health status questionnaires: distinction between minimally detectable change and minimally important change. *Health and quality of life outcomes*, 4, 54. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-54>
- de Vet, H. C., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol. (2011). *Measurement in Medicine*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511996214>
- Demoulin, C., Ostelo, R., Knottnerus, J. A., & Smeets, R. J. (2010). Quebec Back Pain Disability Scale was responsive and showed reasonable interpretability after a multidisciplinary treatment. *Journal of clinical epidemiology*, 63(11), 1249–1255. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.029>
- Department of Health. (2010). *Equity and excellence: Liberating the NHS*. London, England: Stationery Office.
- Domingues, L., & Cruz, E. (2011). Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala Patient Global Impression of Change. *Ifisionline*, 2(October 2014), 31–37. Retrieved from http://www.ifisionline.ips.pt/media/3jan_vol2_n1/pdfs/artigo4_vol2n1.pdf%0Ahttp://comun.rcaap.pt/handle/123456789/4256
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Kerns, R. D., Ader, D. N., Brandenburg, N., Burke, L. B., Cella, D., Chandler, J., Cowan, P., Dimitrova, R., Dionne, R., Hertz, S., Jadad, A. R., Katz, N. P., ... Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The journal of pain*, 9(2), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005>

Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1167–1187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>

Finch, E., Brooks, D., Stratford, P. W., & Mayo, N. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures – A Guide to Enhanced Clinical Decision Making (2ª Ed.)*. Baltimore: MD: Lippincott, Williams & Wilkins

Finucane, L. M., Downie, A., Mercer, C., Greenhalgh, S. M., Boissonnault, W. G., Pool-Goudzwaard, A. L., Beneciuk, J. M., Leech, R. L., & Selfe, J. (2020). International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 50(7), 350–372. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971>

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização*. Lusodidacta

Foster, A., Croot, L., Brazier, J., Harris, J., & O’Cathain, A. (2018). The facilitators and barriers to implementing patient reported outcome measures in organisations delivering health related services: a systematic review of reviews. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0072-3>

Foster, N. E., Hartvigsen, J., & Croft, P. R. (2012). Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis research & therapy*, 14(1), 205. <https://doi.org/10.1186/ar3743>

Frost, M. H., Reeve, B. B., Liepa, A. M., Stauffer, J. W., Hays, R. D., & Mayo/FDA Patient-Reported Outcomes Consensus Meeting Group; (2007). What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures?. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 10 Suppl 2, S94–S105. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00272.x>

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis

for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Grilo, A. M., Rita, J. S., Carolino, E., Gomes, A. I. & Santos, M. C. (2017). Patient-centeredness: contribution to the adaptation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *PsychOpen*. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148>

Guastello, S., & Jay, K. (2019). Improving the patient experience through a comprehensive performance framework to evaluate excellence in person-centred care. *BMJ open quality*, 8(4), e000737. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000737>

Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling*, 102(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

Haley, S. M., & Fragala-Pinkham, M. A. (2006). Interpreting change scores of tests and measures used in physical therapy. *Physical therapy*, 86(5), 735–743.

Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 90(8), 1099–1110. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>

Hamnes, B., Hauge, M. I., Kjekken, I., & Hagen, K. B. (2011). 'I have come here to learn how to cope with my illness, not to be cured': a qualitative study of patient expectations prior to a one-week self-management programme. *Musculoskeletal care*, 9(4), 200–210. <https://doi.org/10.1002/msc.212>

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., & Lancet Low Back Pain Series Working Group (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet (London, England)*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>

- Hooker, S. A., Masters, K. S., & Park, C. L. (2018). A meaningful life is a healthy life: A conceptual model linking meaning and meaning salience to health. *Review of General Psychology, 22*(1), 11–24. <https://doi.org/10.1037/gpr0000115>
- Horvath, A. O., & Greenber, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223–233. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2014.01.154>
- Hurst, H., & Bolton, J. (2004). Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *Journal of manipulative and physiological therapeutics, 27*(1), 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2003.11.003>
- Hush, J. M., Cameron, K., & Mackey, M. (2011). Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physical therapy, 91*(1), 25–36. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100061>
- Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong'wen, O. M., Miciak, M., & Roberts, L. (2022a). Patient-centered care in musculoskeletal practice: Key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskeletal science & practice, 57*, 102434. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102434>
- Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong'wen, O. M., Miciak, M., & Roberts, L. (2022b). Person-centered care for musculoskeletal pain: Putting principles into practice. *Musculoskeletal science & practice, 62*, 102663. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102663>
- Jaeschke, R., Singer, J., & Guyatt, G. H. (1989). Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Controlled clinical trials, 10*(4), 407–415. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(89\)90005-6](https://doi.org/10.1016/0197-2456(89)90005-6)
- Kampstra, N. A., Zipfel, N., Van Der Nat, P. B., Westert, G. P., Van Der Wees, P. J., & Groenewoud, A. S. (2018). Health outcomes measurement and organizational readiness support quality improvement: A systematic review. *BMC Health Services Research, 18*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3828-9>
- Kang, E., Kim, M. Y., Lipsey, K. L., & Foster, E. R. (2022). Person-Centered Goal Setting: A Systematic Review of Intervention Components and Level of Active Engagement in Rehabilitation Goal-Setting Interventions. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 103*(1), 121–130.e3. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.025>

- Killingback, C., Clark, C., & Green, A. (2022). Being more than "just a bog-standard knee": the role of person-centred practice in physiotherapy: a narrative inquiry. *Disability and rehabilitation*, *44*(20), 5847–5854. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1948118>
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2018). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, *36*(8), 886–898. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>
- Kirwan, J. R., Hewlett, S. E., Heiberg, T., Hughes, R. A., Carr, M., Hehir, M., Kvien, T. K., Minnock, P., Newman, S. P., Quest, E. M., Taal, E., & Wale, J. (2005). Incorporating the patient perspective into outcome assessment in rheumatoid arthritis--progress at OMERACT 7. *The Journal of rheumatology*, *32*(11), 2250–2256.
- Kirwan, J. R., Newman, S., Tugwell, P. S., & Wells, G. A. (2009). Patient perspective on outcomes in rheumatology -- a position paper for OMERACT 9. *The Journal of rheumatology*, *36*(9), 2067–2070. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090359>
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient education and counseling*, *39*(1), 49–59. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00090-7](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00090-7)
- Kyte, D. G., Calvert, M., van der Wees, P. J., ten Hove, R., Tolan, S., & Hill, J. C. (2015). An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. *Physiotherapy (United Kingdom)*, *101*(2), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.11.003>
- Lakke, S. E., & Meerman, S. (2016). Does working alliance have an influence on pain and physical functioning in patients with chronic musculoskeletal pain; a systematic review. *Journal of Compassionate Health Care*, *3*(1). <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0018-7>
- Lauridsen, H. H., Hartvigsen, J., Manniche, C., Korsholm, L., & Grunnet-Nilsson, N. (2006). Responsiveness and minimal clinically important difference for pain and disability instruments in low back pain patients. *BMC musculoskeletal disorders*, *7*, 82. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-7-82>

- Lawford, B. J., Bennell, K. L., Campbell, P. K., Kasza, J., & Hinman, R. S. (2021). Association Between Therapeutic Alliance and Outcomes Following Telephone-Delivered Exercise by a Physical Therapist for People With Knee Osteoarthritis: Secondary Analyses From a Randomized Controlled Trial. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, 8(1), e23386. <https://doi.org/10.2196/23386>
- Levin K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-based dentistry*, 7(1), 24–25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Caneiro, J. P., Nagree, Y., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). Patient-centred care: the cornerstone for high-value musculoskeletal pain management. *British journal of sports medicine*, 54(21), 1240–1242. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101918>
- Linares-Fernández, M. T., La Touche, R., & Pardo-Montero, J. (2021). Development and validation of the therapeutic alliance in physiotherapy questionnaire for patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient education and counseling*, 104(3), 524–531. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.024>
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7318), 908–911. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7318.908>
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, Kate. (2012). Patient-Centered Care: Depends on the Point of View. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*. 39. <https://doi.org/10.1177/1090198112455175>
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 260–271.
- Luxford, K., Piper, D., Dunbar, N., & Poole, N. (2010). Patient centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers—Discussion paper. Canberra: Australian Commission on Safety and Quality on Health Care.

- MacDermid, J. C., Walton, D. M., Avery, S., Blanchard, A., Etruw, E., McAlpine, C., & Goldsmith, C. H. (2009). Measurement properties of the neck disability index: a systematic review. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 39(5), 400–417. <https://doi.org/10.2519/jospt.2009.2930>
- MacDermid, J. C., Walton, D. M., Côté, P., Santaguida, P. L., Gross, A., Carlesso, L., & ICON (2013). Use of outcome measures in managing neck pain: an international multidisciplinary survey. *The open orthopaedics journal*, 7, 506–520. <https://doi.org/10.2174/1874325001307010506>
- Machado, P., & Horvath, A. (1999). Inventário de aliança terapêutica – WAI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 87-94). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses/Sistemas Humanos e Organizacionais (APPORT/SHO)
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7366), 697–700. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>
- Malik, K. M., Beckerly, R., & Imani, F. (2018). Musculoskeletal disorders a universal source of pain and disability misunderstood and mismanaged: A critical analysis based on the U.S. model of care. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 8(6). <https://doi.org/10.5812/aapm.85532>
- March, L., Smith, E. U., Hoy, D. G., Cross, M. J., Sanchez-Riera, L., Blyth, F., Buchbinder, R., Vos, T., & Woolf, A. D. (2014). Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 28(3), 353–366. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.08.002>
- Marôco, J. (2011): *Análise Estatística com o SPSS Statistics*; 5ª Edição; Pero Pinheiro: Report Number
- Mata, Á., de Azevedo, K., Braga, L. P., de Medeiros, G., de Oliveira Segundo, V. H., Bezerra, I., Pimenta, I., Nicolás, I. M., & Piuvezam, G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human resources for health*, 19(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>

- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International journal of mental health nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- McCabe, E., Miciak, M., Dennett, L., Manns, P., Guptill, C., Hall, J., & Gross, D. P. (2018). Measuring therapeutic relationship in the care of patients with haemophilia: A scoping review. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(6), 1208–1230. <https://doi.org/10.1111/hex.12827>
- McCabe, E., Miciak, M., Roduta Roberts, M., Sun, H. L., Kleiner, M. J., Holt, C. J. & Gross, D. P. (2021a) Development of the Physiotherapy Therapeutic Relationship Measure, *European Journal of Physiotherapy*, <https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1868572>
- McCabe, E., Miciak, M., Roduta Roberts, M., Sun, H. L., & Gross, D. P. (2021b). An investigation of the measurement properties of the physiotherapy therapeutic relationship measure in patients with musculoskeletal conditions, *European Journal of Physiotherapy*, <https://doi.org/10.1080/21679169.2021.2005138>
- McCabe, E., Miciak, M., Roduta Roberts, M., Sun, H. L., & Gross, D. P. (2021c). Measuring therapeutic relationship in physiotherapy: conceptual foundations. *Physiotherapy theory and practice*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1987604>
- McClure, P. W., & Michener, L. A. (2015). Staged approach for rehabilitation classification: Shoulder disorders (STAR–shoulder). *Physical Therapy*, 95(5), 791–800. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140156>
- McGlothlin, A. E., & Lewis, R. J. (2014). Minimal clinically important difference: defining what really matters to patients. *JAMA*, 312(13), 1342–1343. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.13128>
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological medicine*, 37(1), 85–95. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009299>

- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., & Wheeler, A. J. (2013). Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical care research and review : MCRR*, *70*(6), 567–596. <https://doi.org/10.1177/1077558713496318>
- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient education and counseling*, *48*(1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00099-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00099-x)
- Meier, S. T. (2022). Investigation of causes of ceiling effects on working alliance measures. *Frontiers in psychology*, *13*, 949326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949326>
- Miciak, M. (2015). Bedside Matters: A Conceptual Framework of the Therapeutic Relationship in Physiotherapy. Doctor of Philosophy, University of Alberta. <https://era.library.ualberta.ca/files/9z903246q#.WEWHhmQrIfE>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010a). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC medical research methodology*, *10*, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-22>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., ... De Vet, H. C. W. (2010b). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, *63*(7), 737–745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2018). *COSMIN manual for systematic reviews of PROMs, user manual*. (February), 1–78. Retrieved from https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-syst-review-for-PROMs-manual_version-1_feb-2018.pdf
- Moreira, J., Caeiro, C., Domingues, L. (2022). Adaptação cultural e contributo para a validação da Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia para o português europeu. [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde de Setúbal, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Escola Nacional de Saúde Pública.

- Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J. M., Martínez-González, M. C., Medina-Mirapeix, F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2018). Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Brazilian journal of physical therapy*, 22(6), 484–492. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.04.003>
- Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J. M., Catalán-Matamoros, D., Martínez-Segura, O. R., Leal-Clavel, M., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study. *Physiotherapy theory and practice*, 37(1), 17–27. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1603258>
- Naylor, J., Killingback, C., & Green, A. (2022). What are the views of musculoskeletal physiotherapists and patients on person-centred practice? A systematic review of qualitative studies. *Disability and rehabilitation*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2055165>
- Norman, G., Streiner, D. (2008). Health measurement scales - A practical guide to their development and use: Oxford University Press.
- Paap, D., Schrier, E., & Dijkstra, P. U. (2019). Development and validation of the Working Alliance Inventory Dutch version for use in rehabilitation setting. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(12), 1292–1303. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1471112>
- Paap, D., Schepers, M., & Dijkstra, P. U. (2020). Reducing ceiling effects in the Working Alliance Inventory-Rehabilitation Dutch Version. *Disability and rehabilitation*, 42(20), 2944–2950. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1563833>
- Paap, D., Karel, Y. H. J. M., Verhagen, A. P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. B., & Pool, G. (2022). The Working Alliance Inventory's Measurement Properties: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 13, 945294. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.945294>
- Paixão, R., & Nunes, J. (2008). Adaptação Portuguesa da Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (versão do paciente), 14, 75–78.
- Pallant, J. (2011). SPSS Survival Manual (4^a ed.). Crows Nest: Allen & Unwin.

- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shen, M. J., Hammonds, S., Coyle, N., Krueger, C. A., Maloney, E., Zaider, T., & Bylund, C. L. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient education and counseling*, *99*(4), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.021>
- Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS. 5ª edição.*
- Ramos, M. A. F. (2008). Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised. *Universidade Do Minho*, 1–129.
- Rathert C., Wyrwich M.D. & Boren S.A. (2013) Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review* *70*(4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Ree, E., Wiig, S., Manser, T., & Storm, M. (2019). How is patient involvement measured in patient centeredness scales for health professionals? A systematic review of their measurement properties and content. *BMC health services research*, *19*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3798-y>
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia [Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments]. *Revista de saude publica*, *41*(4), 665–673. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006005000035>
- Revicki, D., Hays, R. D., Cella, D., & Sloan, J. (2008). Recommended methods for determining responsiveness and minimally important differences for patient-reported outcomes. *Journal of clinical epidemiology*, *61*(2), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.03.012>
- Rodríguez-Nogueira, O., Botella-Rico, J., Martínez González, M. C., Leal Clavel, M., Morera-Balaguer, J., & Moreno-Poyato, A. R. (2020a). Construction and content validation of a measurement tool to evaluate person-centered therapeutic relationships in physiotherapy services. *PLoS one*, *15*(3), e0228916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228916>
- Rodríguez-Nogueira, Ó., Morera-Balaguer, J., Nogueira López, A., Roldán Merino, J., Botella-Rico, J. M., Del Río-Medina, S., & Moreno Poyato, A. R. (2020b). The

psychometric properties of the person-centered therapeutic relationship in physiotherapy scale. *PloS one*, 15(11), e0241010. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241010>

Roush, S. E., & Sonstroem, R. J. (1999). Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Physical Therapy*, 79(2), 159–170. <https://doi.org/10.1093/ptj/79.2.159>

Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A., & Ong, B. N. (2013). Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC musculoskeletal disorders*, 14, 65. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-65>

Santos, R., & Pires, D. (2021). *Caracterização da utilização de instrumentos autoreportados na fisioterapia músculo-esquelética em Portugal*. Instituto Politécnico de Setúbal.

Schuster, M. A., McGlynn, E. A., Pham, C. B. P., Spar, M. D. S., & Brook, R. H. (2001). The Quality of Health Care in the United States: A Review of Articles Since 1987. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*.

Scott, D. I. C., McCray, D. G., Lancaster, P. G., Foster, P. N. E., & Hill, D. J. C. (2020). Validation of the Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) in primary care patients with musculoskeletal pain. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 50(5), 813–820. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.06.022>

Sebbag, E., Felten, R., Sagez, F., Sibilia, J., Devilliers, H., & Arnaud, L. (2019). The world-wide burden of musculoskeletal diseases: A systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78(6), 844–848. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215142>

Sidani, S., & Fox, M. (2014). Patient-centered care: Clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 134–141. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.862519>

Søndenå, P., Dalusio-King, G., & Hebron, C. (2020). Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate? *Musculoskeletal Science and Practice*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102131>

Smit, E. B., Bouwstra, H., Hertogh, C. M., Wattel, E. M., & van der Wouden, J. C. (2019). Goal-setting in geriatric rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 33(3), 395–407. <https://doi.org/10.1177/0269215518818224>

- Stewart M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7284), 444–445. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>
- Stratford, P. W., Binkley, J., Solomon, P., Finch, E., Gill, C., & Moreland, J. (1996). Defining the minimum level of detectable change for the Roland-Morris questionnaire. *Physical therapy*, 76(4), 359–368. <https://doi.org/10.1093/ptj/76.4.359>
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use* (3rd Edition). Oxford University Press.
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor Structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1(3), 207–210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Trappenburg, J., Jonkman, N., Jaarsma, T., van Os-Medendorp, H., Kort, H., de Wit, N., Hoes, A., & Schuurmans, M. (2013). Self-management: one size does not fit all. *Patient education and counseling*, 92(1), 134–137. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.009>
- Tyrer, S., & Heyman, B. (2016). Sampling in epidemiological research: issues, hazards and pitfalls. *BJPsych bulletin*, 40(2), 57–60. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.050203>
- Unsgaard-Tøndel, M., & Söderstrøm, S. (2022). Building therapeutic alliances with patients in treatment for low back pain: A focus group study. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 27(1), e1932. <https://doi.org/10.1002/pri.1932>
- Vital, E., & Costa, G. (2017). Proposta de Organização dos Serviços de Fisioterapia no Âmbito de Cuidados de Reabilitação no Serviço Nacional de Saúde. *Associação Portuguesa Dos Fisioterapeutas, Maio*, 173. Retrieved from http://www.apfisio.pt/wpcontent/uploads/2018/09/APFISIO_Contributo_MFRA_2017_005.pdf
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G.,

Atkinson, C., ... Memish, Z. A. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)

Voutilainen, A., Pitkääho, T., Kvist, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale. *Journal of advanced nursing*, 72(4), 946–957. <https://doi.org/10.1111/jan.12875>

Ward, M. M., Guthrie, L. C., & Alba, M. (2014). Dependence of the minimal clinically important improvement on the baseline value is a consequence of floor and ceiling effects and not different expectations by patients. *Journal of clinical epidemiology*, 67(6), 689–696. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.10.025>

Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J., & Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy theory and practice*, 33(11), 825–840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. and Erikson, P. (2005), Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8: 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>

Wyrwich, K. W., Bullinger, M., Aaronson, N., Hays, R. D., Patrick, D. L., Symonds, T., & Clinical Significance Consensus Meeting Group (2005). Estimating clinically significant differences in quality of life outcomes. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(2), 285–295. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-0705-2>

Wlodyka-Demaille, S., Poiraudau, S., Catanzariti, J. F., Rannou, F., Fermanian, J., & Revel, M. (2002). French translation and validation of 3 functional disability scales for neck pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 83(3), 376–382. <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.30623>

Woolf, A. D., Vos, T., & March, L. (2010). How to measure the impact of musculoskeletal conditions. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(6), 723–732. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.11.002>

Yun, D., & Choi, J. (2019). Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 93, 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012>

Apêndice A – Carta explicativa, declaração de consentimento informado e caderno de instrumentos

Carta Explicativa do Estudo

Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar neste estudo integrado no Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas que resulta da parceria entre o Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), através da Escola Superior de Saúde (ESS), e a Universidade Nova de Lisboa (UNL), através da NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/FCM) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Este estudo tem como orientadora a Professora Carmen Caeiro e como coorientadora a Professora Lúcia Domingues. 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. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

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 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é o propósito deste estudo?

O propósito deste estudo é contribuir para a validação de um questionário de autopreenchimento para a população portuguesa numa amostra de utentes com condições musculoesqueléticas. Este instrumento permite avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa, possibilitando a análise e reflexão da implementação deste modelo na prática clínica dos fisioterapeutas.

Por que fui convidado(a)?

Foi convidada(o) para participar neste estudo por ter diagnóstico de condição musculoesquelética, ter idade superior a 18 anos e frequentar sessões de fisioterapia num dos locais parceiros deste estudo.

Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. Iremos descrever-lhe o estudo ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. Caso aceite participar, solicitaremos o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Esta decisão não afetará o seu tratamento atual e futuro, direitos de saúde ou legais.

O que acontece, se aceitar participar?

Se decidir participar irá preencher seis questionários. Este estudo não interfere com o plano de tratamento de fisioterapia, na medida em que irá manter a intervenção recomendada para a sua condição tal como foi previsto pelo seu fisioterapeuta responsável. O primeiro questionário pretende recolher as suas características sociodemográficas e clínicas, o segundo e o terceiro questionários pretendem, respetivamente, avaliar a relação terapêutica e a qualidade da aliança terapêutica estabelecida entre si e o seu fisioterapeuta, o quarto avalia o medo do movimento resultante de uma sensação de vulnerabilidade à dor, o quinto avalia a satisfação com os cuidados de fisioterapia e o último pretende recolher informação quanto à sua perceção global de mudança com o tratamento.

O que terei que fazer?

Após a assinatura do consentimento informado ser-lhe-á pedido para responder a um conjunto de questionários de autopreenchimento em três momentos de avaliação. No primeiro momento (após ter cumprido 3 sessões de fisioterapia) irá preencher 4 questionários, o Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, a Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia (RTCP-F-VP), o Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista e a versão Portuguesa da Escala *Tampa Scale of Kinesiophobia*. No segundo momento (4 a 7 dias após) irá preencher a RTCP-F-VP, o Questionário de Satisfação do Doente Ambulatório de Fisioterapia (PTOPS) e a versão Portuguesa da *Patient Global Improvement Change Scale* (PGIC-VP). No terceiro momento (6 semanas após) irá preencher a RTCP-F-VP, o PTOPS e a PGIC-VP. Estima-se um tempo total de 35 minutos para o preenchimento dos questionários.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

A sua participação neste estudo irá ajudar-nos na validação de um instrumento para avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa. Não lhe podemos prometer que este estudo a(o) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retiramos dele, para além de contribuir para a validação do instrumento, permitirá avaliar uma componente importante do tratamento e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados de fisioterapia.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Os procedimentos descritos para a realização deste estudo não apresentam riscos associados, pelo que, não são esperadas quaisquer implicações negativas para os seus participantes.

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Seguiremos um conjunto de princípios éticos de forma a assegurar que a sua participação seja confidencial. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação.

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 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, bastando para isso referir ao seu fisioterapeuta. Se desistir do estudo, não utilizaremos os dados que lhe digam respeito.

E se houver algum problema?

Se pretender informação adicional deverá contactar os investigadores através dos endereços, joao.afonso.moreira@estudantes.ips.pt (João Moreira) e margarida.m.silva@estudantes.ips.pt (Margarida Silva), ou a orientadora científica, através do endereço carmen.caeiro@ess.ips.pt (Carmen Caeiro). Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, poderá contactar a Comissão Especializada de Ética para a investigação da ESS-IPS, através do endereço ceei.ct@ess.ips.pt.

A minha participação neste estudo será confidencial e anónima?

Sim. Toda a informação relacionada com a sua identidade será mantida em estrita confidencialidade e será mencionada de forma codificada e anónima. Será utilizado um código nos questionários a que irá responder para ocultar a sua verdadeira identidade. Os seus dados serão trabalhados conjuntamente com os de outros participantes, sem que seja possível identificá-la(o).

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim?

A informação recolhida através dos questionários será introduzida de forma codificada numa base de dados para análise posterior. Os questionários preenchidos serão armazenados pelos investigadores responsáveis pelo estudo, em local seguro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a impedir o acesso a outras pessoas. Os questionários serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término 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. Não será mencionada a sua verdadeira identidade em qualquer circunstância.

Gratos pela atenção dispensada,

João Moreira

Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas lecionado em parceria entre o IPS, através da ESS, e a UNL, através da NMS/FCM e da ENSP.

E-mail: joao.afonso.moreira@estudantes.ips.pt

Margarida Silva

Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas lecionado em parceria entre o IPS, através da ESS, e a UNL, através da NMS/FCM e da ENSP.

E-mail: margarida.m.silva@estudantes.ips.pt

Carmen Caeiro

Professora Adjunta no Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS

E-mail: carmen.caeiro@ess.ips.pt

Lúcia Domingues

Professora Adjunta no Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS

E-mail: lucia.domingues@ess.ips.pt

Declaração de Consentimento Informado

Título do Projeto: Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu

Estudantes / Investigadores Responsáveis: João Moreira e Margarida Silva

Orientadores Científicos: Professora Doutora Carmen Caeiro e Professora Doutora Lúcia Domingues

Caro(a) Senhor(a),

É convidado a participar num estudo enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), pela NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/FCM) e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

O objetivo do estudo é contribuir para a validação da versão Portuguesa da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia, através do estudo da sua validade, fiabilidade, poder de resposta e interpretabilidade. Este instrumento permite avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa, possibilitando a análise e reflexão da implementação deste modelo na prática clínica dos fisioterapeutas.

Li e compreendi a ficha informativa. Foram-me explicados o objetivo e procedimentos envolvidos no estudo. As minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória.

Compreendi que a minha participação é voluntária e que não foram identificados riscos/ consequências negativas associadas à participação neste estudo.

Tomei conhecimento de que o convite para integrar o estudo resultou da verificação de um conjunto de critérios e que, no seguimento da assinatura desta declaração irei preencher seis questionários.

Sei que a informação referente à minha identificação pessoal será mantida anónima e confidencial e apenas manuseada pelos investigadores deste estudo e utilizada para fins de investigação.

Compreendi que os dados serão armazenados de forma segura.

Sei que tenho o direito de não participar no estudo e que sou livre de abandoná-lo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / _____

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____



**ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA
ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN
FISIOTERAPIA PARA O PORTUGUÊS EUROPEU**

CADERNO DE INSTRUMENTOS - FASE 2

Protocolo de Recolha de Dados

Este protocolo aplica-se apenas aos participantes no estudo que:

- ⇒ Cumpram os critérios de inclusão;
 - (1) Idade superior a 18 anos;
 - (2) Terem realizado, no mínimo, 3 sessões de tratamento de fisioterapia;
 - (3) Saber ler e escrever em português;
 - (4) Diagnóstico clínico de condição musculoesquelética;
- ⇒ Não apresentem critérios de exclusão;
 - (1) Diagnóstico clínico do foro cardiorrespiratório, neuromuscular, metabólico, génito-urinário e reprodutivo, tegumentário, saúde mental ou vestibular;
 - (2) Presença de sinais ou sintomas associados a patologia grave que contraindique a prática da fisioterapia;
- ⇒ Aceitem participar no estudo após leitura da ficha informativa;
- ⇒ Assinem o consentimento informado.

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos no primeiro momento de avaliação (após ter cumprido 3 sessões de fisioterapia), 4 a 7 dias (2º momento) e 6 semanas (3º momento) após o primeiro momento de avaliação, conforme apresentado na tabela seguinte:

| Momento | Data | Instrumentos |
|---------|---|---|
| T0 | Após ter cumprido 3 sessões de fisioterapia | - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica - Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia - Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR) - Versão Portuguesa da Escala <i>Tampa Scale of Kinesiophobia</i> (TSK-13-VP) |
| T1 | 4 a 7 dias após T0 | - Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia - Versão Portuguesa da <i>Patient Global Improvement Change Scale</i> (PGIC-VP) |
| T2 | 6 semanas após T0 | - Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia - Versão Portuguesa da <i>Patient Global Improvement Change Scale</i> (PGIC-VP) |

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO: T0

Avaliação Inicial (T0)

(Após verificação dos critérios de inclusão, leitura da carta explicativa do estudo e assinatura de consentimento informado)

(Após ter cumprido três sessões de fisioterapia)

Tempo de preenchimento previsto apenas num momento: **15 minutos**

Seguir a ordem indicada

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica
2. Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia
3. Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR)
4. Versão Portuguesa da Escala Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-13-VP)

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Género: Masculino Feminino

3. Peso (kg): _____ 4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu estado civil? (escolha uma das seguintes opções):

Solteiro Casado(a) União de Facto Viúvo(a) Divorciado(a)

6. Quais são as suas habilitações literárias? (escolha uma das seguintes opções):

Ensino Primário ou Inferior Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade)

Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade)

Ensino Superior completo

7. Qual é a sua situação profissional? (escolha uma das seguintes opções):

A trabalhar Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada(o)

Reformada(o) Doméstica(o)

DADOS CLÍNICOS

8. Qual o seu diagnóstico clínico? (escreva o diagnóstico correspondente):

9. Região anatómica de diagnóstico (escolha uma ou mais das seguintes opções):

Cervical Torácica Lombar Sacroilíaca Ombro Cotovelo

Punho/ mão Anca Joelho Tornozelo/ pé

10. Atualmente toma alguma medicação para a sua condição? (escolha uma das seguintes opções):

Sim Não

11. No último ano faltou ao trabalho devido à sua condição? (escolha uma das seguintes opções):

Sim Não Não aplicável

11.1. Se sim, quantas vezes? (escolha uma das seguintes opções):

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

11.2. Durante quanto tempo? (escolha uma das seguintes opções):

1 dia 2 dias 3 dias 1 semana Mais de 1 semana

12. No último ano esteve de baixa remunerada? (escolha uma das seguintes opções):

Sim Não Não aplicável

13. Setor de fisioterapia (escolha uma das seguintes opções):

Público Privado Outro

14. Frequência semanal das sessões de fisioterapia (escolha uma das seguintes opções):

1 vez por semana 2 vezes por semana 3 vezes por semana 4 vezes por semana
5 vezes por semana

15. Quantas sessões de fisioterapia realizou? (escreva o número correspondente):

16. Duração média das sessões de fisioterapia (escolha uma das seguintes opções):

< 30 minutos 30 a 45 minutos 45 a 60 minutos > 60 minutos

2. Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia

ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA

Este questionário destina-se a **CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS/AS UTENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS.**

Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do/da utente.

INSTRUÇÕES para o preenchimento do questionário:

- 1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.
- 2) Leia com atenção as perguntas e as respostas.
- 3) NÃO DEIXE perguntas por responder.
- 4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para não se enganar).

Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:

1. *Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.*

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

2. *Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.*

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

3. *O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.*

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

4. Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

5. O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se pela minha pessoa e trata-me de forma individualizada.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

6. O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

7. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

8. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o tratamento a seguir.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

9. Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

10. O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

11. O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

12. O tom e o volume de voz usados pelo/a meu/minha fisioterapeuta transmitem-me confiança.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

13. O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta transmite-me confiança.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

14. Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

15. O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO!

3. Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista (IAT-RR)

INVENTÁRIO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA – VERSÃO REDUZIDA – REVISTA

Versão C

Instruções: Abaixo, encontrará afirmações sobre o que uma pessoa pode pensar ou sentir acerca da terapia ou do seu terapeuta. Por baixo de cada afirmação existe uma escala de cinco pontos. Para cada afirmação, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente. Note que a escala de resposta não é a mesma para todas as afirmações. Por favor, **leia cuidadosamente** e não se esqueça de responder a **todas** as afirmações.

Este questionário é confidencial.

Obrigado pela sua colaboração.

| | | | | | | |
|-----|---|----------------|---------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| 1. | Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar. | Raramente ① | Ocasionalmente ② | Muitas vezes ③ | Frequentemente ④ | Sempre ⑤ |
| 2. | O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas. | Raramente ① | Ocasionalmente ② | Muitas vezes ③ | Frequentemente ④ | Sempre ⑤ |
| 3. | Acho que o meu terapeuta gosta de mim. | Sempre ① | Frequentemente ② | Muitas vezes ③ | Ocasionalmente ④ | Raramente ⑤ |
| 4. | O meu terapeuta e eu colaboramos na definição dos objectivos da minha terapia. | Raramente ① | Ocasionalmente ② | Muitas vezes ③ | Frequentemente ④ | Sempre ⑤ |
| 5. | O meu terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente. | Sempre ① | Frequentemente ② | Muitas vezes ③ | Ocasionalmente ④ | Raramente ⑤ |
| 6. | O meu terapeuta e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados. | Sempre ① | Frequentemente ② | Muitas vezes ③ | Ocasionalmente ④ | Raramente ⑤ |
| 7. | Sinto que o meu terapeuta me aprecia. | Sempre ① | Frequentemente ② | Muitas vezes ③ | Ocasionalmente ④ | Raramente ⑤ |
| 8. | O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca do que eu preciso de fazer para melhorar. | Raramente ① | Ocasionalmente ② | Muitas vezes ③ | Frequentemente ④ | Sempre ⑤ |
| 9. | Sinto que o meu terapeuta se preocupa comigo mesmo quando eu faço coisas que ele não aprova. | Sempre ① | Frequentemente ② | Muitas vezes ③ | Ocasionalmente ④ | Raramente ⑤ |
| 10. | Sinto que aquilo que faço na terapia me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero. | Raramente ① | Ocasionalmente ② | Muitas vezes ③ | Frequentemente ④ | Sempre ⑤ |
| 11. | O meu terapeuta e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim. | Raramente ① | Ocasionalmente ② | Muitas vezes ③ | Frequentemente ④ | Sempre ⑤ |
| 12. | Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correcto. | Sempre ① | Frequentemente ② | Muitas vezes ③ | Ocasionalmente ④ | Raramente ⑤ |

© Hatcher e Gillaspay, 2006.

Versão Portuguesa: Paulo P. P. Machado 2006

Machado, P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: versão portuguesa do Working Alliance Inventory. *Provas Psicológicas Em Portugal*, 2.

4. Versão Portuguesa da Escala Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-13-VP)

ESCALA DE TAMPA DE CINESIOFOBIA (13 Items)

THE TAMPA SCALE
MILLER, KORI & TODD
TAMPA, FLORIDA
1991

- 1** = **Discordo Plenamente**
2 = **Discordo**
3 = **Concordo**
4 = **Concordo plenamente**

**LEIA CADA PERGUNTA E ASSINALE O NÚMERO
QUE MELHOR CORRESPONDE AO QUE SENTE**

| Nº | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Tenho medo de me magoar se fizer exercício. | | | | |
| 2 | Se tentasse ultrapassar a dor, a intensidade dela iria aumentar. | | | | |
| 3 | O meu corpo está a dizer-me que tenho algo de errado e grave. | | | | |
| 4 | As outras pessoas não levam o meu estado de saúde a sério. | | | | |
| 5 | O acidente que sofri colocou o meu corpo em risco para o resto da vida. | | | | |
| 6 | A dor significa sempre que me magoei. | | | | |
| 7 | Tenho medo de magoar-me acidentalmente. | | | | |
| 8 | Tentar não fazer movimentos desnecessários é a melhor coisa que eu posso fazer para evitar que a dor se agrave. | | | | |
| 9 | Não sentiria tanta dor se não se passasse algo de potencialmente grave no meu corpo. | | | | |
| 10 | A dor avisa-me quando devo parar de fazer actividade física, evitando assim que me magoe. | | | | |
| 11 | Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente activa. | | | | |
| 12 | Não posso fazer tudo o que as outras pessoas fazem, porque me magoo muito facilmente. | | | | |
| 13 | Ninguém deveria ter que fazer actividade física quando sente dor. | | | | |

1991 by authors

© All rights reserved. No part of this SCALE can be reproduced in any form without permission of the authors. Send permission request to: Dennis D. Todd, Ph.D, Clinical Director, Pain Management Center, Tampa General Hospital, P.O. Box 1289, Tampa, Florida 33601.

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO: T1

Avaliação Intermédia (T1)

(4 a 7 dias após o primeiro momento de avaliação)

Tempo de preenchimento previsto apenas num momento: **10 minutos**

Seguir a ordem indicada

1. Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia
2. Versão Portuguesa da *Patient Global Improvement Change Scale* (PGIC-VP)

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO: T2

Avaliação Final (T2)

(6 semanas após o primeiro momento de avaliação)

Tempo de preenchimento previsto apenas num momento: **10 minutos**

Seguir a ordem indicada

1. Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia
2. Versão Portuguesa da *Patient Global Improvement Change Scale* (PGIC-VP)

2. Versão Portuguesa da Patient Global Improvement Change Scale (PGIC-VP)

Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC versão Portuguesa)

Nome: _____ Data: _____

Queixa principal: _____

Desde o início do tratamento nesta instituição, como é que descreve a mudança (se houve) nas LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES, SINTOMAS, EMOÇÕES E QUALIDADE DE VIDA no seu global, em relação à sua dor (seleccione UMA opção):

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Sem alterações (ou a condição piorou) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Quase na mesma, sem qualquer alteração visível | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ligeiramente melhor, mas, sem mudanças consideráveis | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença | <input type="checkbox"/> | 7 |

Adaptado e Validado por: Domingues, L. & Cruz, E. (2011)
Email: lucia.domingues@ess.ips.pt
Copyright 2004, Hurst, H. & Bolton, J.

Domingues, L., & Cruz, E. (2011). Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala Patient Global Impression of Change. *Ifisionline*, 2(October 2014), 31–37. Retrieved from http://www.ifisionline.ips.pt/media/3jan_vol2_n1/pdfs/artigo4_vol2n1.pdf%0Ahttp://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4256

Apêndice B - Teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* das escalas RTCP-F-VP, IAT-RR e TSK- 13-VP em T0

| Teste de Normalidade | | | |
|-----------------------------|-------------|-----|----------------|
| <i>Kolmogorov-Smirnov</i> | | | |
| | Estadística | df | Valor <i>p</i> |
| RTCP-F-VP T0 | 0,222 | 154 | 0,000 |
| IAT-RR T0 | 0,241 | 154 | 0,000 |
| TSK- 13-VP T0 | 0,057 | 154 | 0,200* |

***. Este é um limite inferior da significância verdadeira.**

Apêndice C - Resultados da RTCP-F-VP no momento inicial (T0) e após 4-7 dias (T1) para os diferentes níveis de PGIC e em cada um dos grupos

| | RTCP-F-VP T0 (Média) | RTCP-F-VP T1 (Média) | Diferença RTCP-F-VP T0-T1 (Média) |
|----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| PGIC (T1) | | | |
| 1 (n=2) | 71,00 (±2,83) | 72,50 (±0,71) | 1,50 (±2,12) |
| 2 (n=3) | 66,67 (±7,64) | 60,67 (±13,58) | -6,00 (±6,00) |
| 3 (n=14) | 69,29 (±7,54) | 70,50 (±5,24) | 1,21 (±8,21) |
| 4 (n=9) | 67,67 (±6,84) | 68,67 (±6,25) | 1,00 (±7,30) |
| 5 (n=39) | 70,26 (±6,38) | 69,79 (±7,03) | -0,46 (±5,57) |
| 6 (n=35) | 68,94 (±8,85) | 68,86 (±7,62) | -0,09 (±9,75) |
| 7 (n=30) | 69,03 (±8,09) | 70,33 (±7,26) | 1,30 (±5,97) |
| Total (n=132) | 69,28 (±7,53) | 69,50 (±7,17) | 0,22 (±7,32) |

Apêndice D - Percentagem de efeitos de “chão” e “teto” da RTCP-F-VP do presente estudo, em comparação com os resultados do estudo original da RTCP-F

| | Cálculo dos efeitos de “chão” e de “teto” da RTCP-F-VP | | Estudo original dos efeitos de “chão” e de “teto” da RTCP-F (Rodríguez-Nogueira et al., 2020) | |
|-------------------|--|----------------------|---|----------------------|
| | Efeito de “chão” (%) | Efeito de “teto” (%) | Efeito de “chão” (%) | Efeito de “teto” (%) |
| Questão 1 | 0% | 81,8% | 0,8% | 71,6% |
| Questão 2 | 0% | 84,4% | 1,1% | 78,1% |
| Questão 3 | 0% | 90,3% | 0,8% | 85,2% |
| Questão 4 | 0% | 87,0% | 0,8% | 79,0% |
| Questão 5 | 0,7% | 75,3% | 0,5% | 54,4% |
| Questão 6 | 0% | 77,9% | 0,8% | 59,6% |
| Questão 7 | 0,7% | 70,1% | 1,9% | 59,3% |
| Questão 8 | 0,7% | 63% | 2,2% | 53,3% |
| Questão 9 | 9,1% | 59,1% | 10,2% | 49,5% |
| Questão 10 | 5,2% | 57,1% | 10,4% | 45,4% |
| Questão 11 | 5,2% | 75,3% | 10,9% | 61,2% |
| Questão 12 | 5,2% | 74,7% | 2,5% | 65,3% |
| Questão 13 | 5,2% | 68,8% | 1,4% | 60,4 |
| Questão 14 | 4,5% | 68,8% | 1,4% | 62,6% |
| Questão 15 | 5,2% | 77,9% | 1,6% | 69,7% |

Anexo 1 – Parecer da comissão de Ética Especializada em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer 81/CP/2021

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS para Implementação de um projeto de Investigação no âmbito do curso de Mestrado em Fisioterapia – ramo das condições Músculo-esqueléticas, submetido por João Moreira e Margarida Silva, sob orientação da Professora Doutora Carmen Caelro e coorientação da Professora Doutora Lúcia Domingues, e intitulado de “Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relación Terapéutica centrada em la Persona em Fisioterapia para o Português Europeu.”

DOCUMENTAL

1. Requerimento do parecer;
2. Currículo Vitae dos Investigadores;
3. Dossier de submissão incluindo: I) sinopse do estudo, II) documentos referentes ao processo metodológico para tradução/ retroversão, incluindo pedidos de colaboração (tradutor/retrotradutor/perito), versões consenso/ síntese, validação por comité de peritos e auditoria final; III) carta explicativa do estudo, dirigida aos participantes/utentes que farão parte do estudo (fases 1 e 2); IV) formulário de consentimento informado (fases 1 e 2); v) Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica (QCSC); vi) Versão Portuguesa da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia*; vii) Inventário de Aliança Terapéutica - Versão Reduzida, Revista; viii) Versão Portuguesa da *Escala Tampa Scale of Kinesiophobia*; ix) Questionário de Satisfação do Doente Ambulatório de Fisioterapia (PTOPS); x) Versão Portuguesa da *Patient Global Impression of Change (PGIC-VP)*.

ANÁLISE E PARECER

1. O projeto de Investigação tem como objetivos realizar a tradução e a adaptação cultural da RTCP-F para o português europeu e estudar a fiabilidade, validade, poder de resposta e interpretabilidade da versão portuguesa da RTCP-F (RTCP-F-VP) numa amostra de utentes em cuidados de fisioterapia.
2. O estudo terá duas fases: uma 1.ª que se traduz num estudo metodológico para a tradução e adaptação da RTCP-F para a população portuguesa e uma 2.ª que será um estudo longitudinal para a avaliação da fiabilidade, validade, poder de resposta e interpretabilidade da RTCP-F-VP. Na 1.ª fase serão envolvidos 5 tradutores e 8 a 10 peritos e serão incluídos utentes com idade superior a 18 anos, diagnóstico clínico de condição músculo-esquelética, com a realização de, no mínimo, 3 sessões de tratamento de fisioterapia e capacidade para ler e escrever em português, e cujo recrutamento decorrerá no Hospital Amato Lusitano - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e no Grupo Trofa Saúde Hospital – Unidade da Amadora. Serão excluídos os potenciais participantes que apresentem: I) diagnóstico clínico do foro cardiorrespiratório, neuromuscular, metabólico, genito-urinário e reprodutivo, tegumentário, saúde mental ou vestibular, ou II) presença de sinais ou sintomas associados a patologia grave que contraindique a prática da fisioterapia. Na 2.ª fase os utentes a ser incluídos deverão cumprir os mesmos critérios, adicionando-se aos locais de recrutamento os seguintes: Hospital Dr. José Maria Grande - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, e clínicas privadas de fisioterapia no distrito de Lisboa e de Castelo Branco.
3. Na 1.ª fase os participantes (30 a 40 utentes) irão preencher a versão pré-final do Instrumento.
4. Na 2.ª fase os participantes (mínimo de 150 utentes) irão preencher os Instrumentos de medida em três momentos distintos (T0: após ter cumprido 3 sessões de fisioterapia; T1: 4 a 7 dias após; T2: 6 semanas após).
5. A recolha de dados decorrerá nos locais de recrutamento. Os questionários preenchidos serão armazenados pelos Investigadores responsáveis pelo estudo, em local seguro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a impedir o acesso a outras pessoas. Os questionários serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.
6. A análise de dados estatística será realizada após atribuição de um código a cada participante, sendo garantida a anonimização dos participantes. A sua identificação será

conhecida apenas pelo elemento da equipa que aplicar os instrumentos de avaliação e pelo elemento responsável pelo estudo.

7. A Carta convite/ explicativa inclui título do estudo; convite e breve sumário, com referência à instituição que o aprova cientificamente e orientadoras; o que envolve a participação no estudo (relação entre o convite para participar e o(s) objetivo(s) do estudo; procedimentos associados à participação no estudo; tempo a despendido para participação no estudo); potenciais benefícios, desvantagens ou riscos; possibilidade de desistência e forma de o fazer; Informação adicional (ex: estratégias para garantia do anonimato e confidencialidade; estratégias de armazenamento dos dados e disseminação; mecanismos para esclarecimento de questões adicionais sobre o estudo; mecanismos para acionar queixas/ reclamações) e contactos da equipa de investigadores (Institucionais).
8. O formulário de consentimento informado está em concordância com a carta explicativa, evidenciando os aspetos éticos a ter em conta, nomeadamente, informação aos participantes, incluindo a instituição que aprova cientificamente o estudo, o título do projeto, a participação voluntária no estudo e possibilidade de desistência da participação sem penalização, o direito ao anonimato e à confidencialidade. É apresentado formulário em duplicado que permite ao participante ficar com uma cópia assinada do mesmo.

Em conclusão, o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes, pelo que o parecer da CEEI é favorável.

26 de outubro de 2021

P^{ia} CEEI



Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

Comissão de Ética da ULS de Castelo Branco

Exmo. Senhor

João Afonso Moreira

| Sua Referência | Sua comunicação | Nº/Ofício - Data |
|----------------|-----------------|------------------|
| | | 06/10/2021 |

HWL 01 3154 2021-11-04 14437123

| Assunto | |
|---------|---|
| | Pedido de parecer para a realização do estudo "Adaptação cultural e contributo para a validação da escala de relação terapêutica centrada em la persona en fisioterapia para o Português Europeu" |

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da ULSCB, EPE, datado de 6 de outubro de 2021, e homologado pelo Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E, no dia 22 de outubro de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULSCB, EPE

O Gabinete de Comissões Técnicas da ULSCB, EPE

ULSCB - ULSCB
Com. Técnica

João Afonso Moreira Copes

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Avenida Pedro Álvares Cabral, 6000-065 Castelo Branco
Telefone 272 000 272 • Fax 272 000 257 • Internet www.ulsqb.min-saude.pt • Email cas@ulsqb.min-saude.pt

ULSCB-MOD.24.03

Documento: Submissão de pedido de parecer para realização de estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo Adaptação cultural e contributo para a validação da escala de relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia para o Português Europeu

Requerente: João Afonso Belo Duarte Aires Moreira – Fisioterapeuta da ULSCB

Título: "Adaptação cultural e contributo para a validação da Escala de Relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia para o Português Europeu" cujo objectivo principal consiste em estudar a fiabilidade, validade, poder de resposta e interpretabilidade da versão portuguesa da RTCP-F (RTCP-F-VP) numa amostra de utentes em cuidados de fisioterapia

Investigador: João Afonso Belo Duarte Aires Moreira (investigador principal)

Co-Investigador: Margarida Vanessa Mendes da Silva (investigadora)

Orientador do Estudo: Carmen Sofia Frade Caeiro (orientadora científica); Lúcia Maria Amaral Domingues (co-orientadora científica)

População do Estudo: 30 a 40 utentes com idade superior a 18 anos, diagnóstico clínico de condição musculoesquelética, saber ler e escrever em português e ter realizado no mínimo 3 sessões de tratamento de fisioterapia.

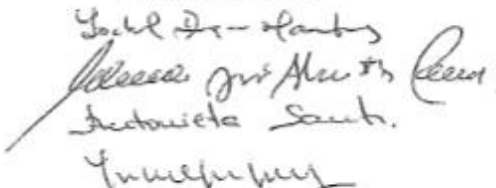
Serviço onde decorre o estudo: Medicina Física e Reabilitação

Data do pedido: Datado no HAL a 06-10-2021

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS de Castelo Branco, F.P.F., 6 de Outubro de 2021

A Comissão de Ética





Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ULSNA

AE CA
DS
02-03-2022

INFORMAÇÃO

N.º14/2022, de 25 de fevereiro

De: Maria Luiza Lopes
Para: Sr. Vogal Executivo do CA- Dr. Raul Cordeiro
C/C:

A/a 09/2022
Doc. 93

ASSUNTO: Protocolo de Investigação: "Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu."

| PARECER | DESPACHO/DELIBERAÇÃO |
|---|--|
| <p>ULSNA, EPE Conselho de Administração</p> <p>João Afonso, Presidente</p> <p>Carolina, Diretora Clínica</p> <p>João Luís, Sr. Manuel, Margarida Brito</p> <p>Ana Amélia Silva, Vogal Executiva</p> <p>Raul Cordeiro, Vogal Executivo</p> | <p>Bando Coarbitado.</p> <p>Concorda-se e a favor de a parte de parte.</p> <p>ambrosio - se o estudo.</p> <p>Ai com de Etica</p> <p>02/03/2022 a requeste.</p> |

Os fisioterapeutas, João Afonso Belo Duarte Aires Moreira e Margarida Silva, solicitaram autorização para realização do estudo: "Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu."

Cumpra apreciar:

I- Enquadramento e Pertinência do Estudo

A fundamentação e a pertinência do estudo encontram-se descritas detalhadamente no projeto.

II- Objetivos

Objetivo geral:

- Avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa, possibilitando a análise e reflexão da implementação deste modelo na prática clínica dos fisioterapeutas.

III- População Alvo- Amostra

A população alvo nas duas fases são as seguintes:

- Idade igual ou superior a 18 anos.
- Terem realizado no mínimo 3 sessões de tratamento de fisioterapia.
- Saber ler e escrever em português.
- Diagnóstico clínico de condição músculo-esquelética.

Os critérios de exclusão constam do projeto.

ULSNA-EPE
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 202200289
28/02/22
Sandra Oliveira
(40)



IV- Colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados a colher são fornecidos pelos participantes através de questionários que lhes será apresentado, donde constam as variáveis descritas no protocolo e que não nos merecem reparos ético legais.

O fundamento de legitimidade e sua licitude encontra-se no consentimento informado das participantes ou de quem legalmente os represente.

V- Metodologia

O estudo desenvolve-se em duas fases:

- 1- Estudo metodológico para a tradução e adaptação da RTCP-F para a população portuguesa.
- 2- Estudo longitudinal para a avaliação da fiabilidade, validade, poder de resposta e inter-pretabilidade da RTCP-F-VP.
- 3- Os dados serão analisados através do instrumento de avaliação descrito no protocolo do estudo e tratados através da aplicação SPSS.

VI- Tipo de estudo

O tipo de estudo varia de acordo com as duas fases, conforme se encontra descrito no projeto.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pelo interesse e importância do mesmo.

A metodologia a utilizar na recolha de dados estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que na informação que se pretende recolher estão acauteladas as questões ético legais, sendo o fundamento de legitimidade e licitude consubstanciada no consentimento livre e informado que cada participante ou o seu representante legal prestará.

Os requerentes comprometem-se ainda que a informação recolhida se destina apenas para a finalidade do estudo.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do mesmo: "*Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu*".

Os investigadores deverão ainda apresentar o trabalho na ULSNA, E.P.E. após sua conclusão, devendo agendar um dia para o efeito, a conciliar com o Conselho de Administração.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P/la Comissão de Ética
Maria Luiza Lopes
Digitally signed by
Maria Luiza Lopes
Date: 2022.02.23
17:20:26 Z

Junta: Protocolo do estudo.

As informações para a rubrica