



Ruben Santos **Caracterização da utilização de instrumentos autoreportados na fisioterapia músculo-esquelética em Portugal**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

Orientador:
Professor Doutor Diogo Pires

Janeiro de 2021

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, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Diogo Pires.

DECLARAÇÃO

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,

Ruben Santos

Setúbal, 27 de janeiro de 2021

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

O(a) orientador(a),

Setúbal, __ de _____ de ____

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer de uma forma geral a todos os professores do mestrado pelos conhecimentos transmitidos no decorrer deste percurso acadêmico, e em especial ao professor Diogo Pires por toda a ajuda, disponibilidade e contributo durante este último ano.

Um agradecimento especial à minha namorada, pelo apoio incondicional e paciência inesgotável, assim como por ter celebrado comigo todas as conquistas obtidas ao longo destes anos e me ter ajudado sempre a ultrapassar as dificuldades.

Aos meus pais, que sempre acreditaram nas minhas capacidades, respeitaram e apoiaram todas as minhas decisões com orgulho, e que sempre se mostraram disponíveis a ajudar em tudo o que lhes fosse possível.

Em quarto lugar, aos meus amigos, um pedido de desculpas, por nem sempre lhes ter conseguido dar a atenção que gostaria durante este período, e um obrigado pelo apoio prestado durante toda esta etapa.

A todos os colegas do mestrado, pelos fantásticos momentos de experiência e partilha, e em particular, à Daniela, ao David e ao Tiago, que desde o momento inicial, e mesmo longe, sempre fizeram por se manter perto. Obrigado.

RESUMO

CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS AUTOREPORTADOS NA FISIOTERAPIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA EM PORTUGAL

Ruben Santos; Diogo Pires

Enquadramento: As condições músculo-esqueléticas (ME) são a causa mais frequente de dor e incapacidade a longo prazo, sendo necessária uma avaliação contínua de resultados, nomeadamente através de instrumentos autoreportados pelos utentes (PROM's). Contudo, a literatura mostra uma escassa utilização dos mesmos pelos fisioterapeutas na sua prática clínica, tornando-se essencial caracterizar a sua aplicação no contexto português, de forma a aumentar a avaliação de resultados através destes instrumentos. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo caracterizar a utilização de instrumentos autoreportados (PROM's) pelos fisioterapeutas em utentes com condições músculo-esqueléticas, em Portugal, e identificar os fatores associados, as barreiras e os facilitadores à sua implementação. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal com fisioterapeutas da área ME que trabalham em Portugal. O instrumento utilizado foi um questionário *online* e os participantes foram contactados via *e-mail*. A análise quantitativa dos dados foi realizada com recurso a estatística descritiva e inferencial, através de modelos de regressão logística. Os dados qualitativos foram submetidos a uma análise temática, na qual foram obtidas as barreiras e facilitadores identificados. **Resultados:** Foram obtidas 194 respostas ao questionário. A maioria dos fisioterapeutas não avalia resultados de forma consistente, sendo que os testes físicos são frequentemente escolhidos (70,5%) em detrimento de PROM's (17,3%). Os domínios mais avaliados são a intensidade da dor (81,4%) e a funcionalidade dos utentes (51,3%), sendo que aspetos psicossociais como a depressão, ansiedade e distúrbios do sono são raramente avaliados (91,7%, 89,1% e 89,1%, respetivamente). O setor laboral, o número de utentes por hora, o estímulo no local de trabalho, a crença na valorização de PROM's pelos utentes e a presença de conhecimentos necessários dos fisioterapeutas foram identificados como fatores associados à sua não utilização. As barreiras e facilitadores à utilização de PROM's identificados estão relacionadas com as competências dos fisioterapeutas, as características dos utentes, as condições no local de trabalho e as características dos instrumentos. **Conclusões:** Apesar da amostra reduzida, verificou-se que existe uma escassa utilização de PROM's pelos fisioterapeutas em Portugal. Foi identificado um conjunto de fatores associados, barreiras e facilitadores que devem ser considerados para aumentar a adesão na utilização de PROM's por fisioterapeutas em Portugal.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação de resultados, PROM's, fisioterapia, Portugal

ABSTRACT

CURRENT USE OF PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES (PROM'S) BY MUSCULOSKELETAL PHYSIOTHERAPISTS IN PORTUGAL

Ruben Santos; Diogo Pires

Background: Musculoskeletal (MSK) conditions are the most frequent cause of long-term pain and disability, requiring a continuous outcome measurement, with the inclusion of patient-reported outcome measures (PROM's). However, the literature shows that patient-reported outcome measures are not consistently used by physiotherapists in their clinical practice, becoming essential to characterize its application in the portuguese context, in order to increase outcome measurement regarding these instruments. **Objective:** This study aims to characterize the use of patient-reported outcome measures (PROM's) by physiotherapists, in patients with musculoskeletal conditions, in Portugal, identifying the factors associated with its use and the barriers and facilitators to its implementation. **Methodology:** A cross-sectional study was carried out with musculoskeletal physiotherapists working in Portugal. The instrument used was an online survey and the participants were contacted via e-mail. The quantitative analysis of the data was performed with descriptive and inferential statistics, using a logistic regression model. The qualitative data were submitted to a thematic analysis, in which identified barriers and facilitators were obtained. **Results:** 194 physiotherapists answered the questionnaire. Most physiotherapists do not use outcome measures consistently and physical tests are often chosen (70,5%) over PROM's (17,3%). The most evaluated domains are pain intensity (81,4%) and disability (51,3%), with psychosocial aspects such as depression, anxiety and sleep disorders being rarely assessed (91,7%, 89, 1% and 89,1%, respectively). The work sector, the number of patients per hour, the stimulus in the workplace, the belief in the valorization of PROM's by patients and the presence of necessary knowledge from physiotherapists were identified as factors associated with the non-use of PROM's. The identified barriers and facilitators to the use of PROM's are related to physiotherapists' skills, the patients' characteristics, the workplace conditions and the instruments' characteristics. **Conclusions:** Despite the reduced sample, it was found that there is a low usage of PROM's by physiotherapists in Portugal. It was possible to identify the associated factors, barriers and facilitators that should be considered to increase the use of PROM's by physiotherapists in Portugal.

KEYWORDS: outcome measurement, PROM's, physiotherapy, Portugal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA.....	10
Tipo/Desenho de Estudo	10
Participantes	10
Instrumento	11
Validade facial e de conteúdo	13
Recolha de dados.....	14
Análise dos dados.....	14
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	18
Caracterização sociodemográfica dos participantes	19
Caracterização da prática clínica dos participantes	19
Utilização de instrumentos autoreportados (PROM's)	21
Fatores associados à utilização de PROM's.....	24
Análise univariada.....	24
Análise multivariada	24
Barreiras e facilitadores à utilização de PROM's	27
Barreiras	27
Facilitadores	29
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
Limitações	42
Pontos fortes.....	43
Implicações para a prática clínica e investigações futuras	44
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÊNDICES.....	57
ANEXOS	134

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do estudo.....	18
Figura 2 - Setor de prática clínica predominante dos participantes.....	20
Figura 3 - Contexto profissional dos participantes.....	20
Figura 4 - Horas de trabalho semanais dos participantes	20
Figura 5 - Número de utentes por hora dos participantes.....	20
Figura 6 - Importância atribuída pelos fisioterapeutas à utilização de PROM's	22
Figura 7 - Crença dos fisioterapeutas na valorização de PROM's pelos utentes.....	22
Figura 8 - Satisfação dos participantes com a sua avaliação de resultados.....	22
Figura 9 - Motivo da escolha de PROM's pelos participantes	23
Figura 10 - Domínios de resultados avaliados pelos participantes.....	23
Figura 11 - Representação da capacidade discriminativa do modelo estatístico através da curva ROC	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	19
Tabela 2 - Caracterização da prática clínica dos participantes	20
Tabela 3 - Caracterização da utilização de instrumentos autoreportados (PROM's) pelos participantes.....	21
Tabela 4 – Resultados da análise univariada relativos à relação das variáveis independentes com a não utilização de PROM's.	25
Tabela 5 – Resultados da análise multivariada relativos à relação entre as variáveis independentes e a não utilização de PROM's.	26

LISTA DE ABREVIATURAS

APFisio – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

APTA - American Physical Therapy Association

AVD's – Atividades da Vida Diária

CEEI-ESS - Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde

DALYs - Anos de vida perdidos devido à incapacidade

ESS-IPS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FCME - Fisioterapia nas Condições Músculo-Esqueléticas

GIFME - Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética

HOOS-PS - Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score - Physical function Short Form

IC – Intervalo de confiança

IFOMPT - International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists

IM – Instrumentos de Medida

IP – Internet Protocol

ME – Músculo-Esquelética

OR – Odds Ratio

PIE – Prática Informada pela Evidência

PROMIS - Patient-Reported Outcomes Measurement Information System

RMD – Condição Músculo-Esquelética e Reumática

ROC - Receiver Operating Characteristic

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

As condições músculo-esqueléticas (ME) são a causa mais frequente de dor e incapacidade a longo prazo, reduzindo a capacidade laboral dos indivíduos e a sua participação nas atividades sociais (Briggs et al., 2018; Sebbag et al., 2019). Sabe-se que a prevalência das condições ME varia de acordo com a idade e com a condição específica, mas estima-se que aproximadamente 1 em cada 3 pessoas no mundo vivam com uma condição crónica músculo-esquelética, o que corresponde a cerca de 20-33% da população mundial (Briggs et al., 2018). Este valor de prevalência também se reflete em Portugal, já que, segundo o estudo de Branco et al. (2016), 21,2% da amostra (n=10661) autoreportou ter pelo menos uma condição músculo-esquelética e reumática (RMD). A prevalência das condições ME tem tendência a subir de forma proporcional ao envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, com conseqüente crescimento do seu impacto a nível global (Briggs et al., 2018). Este impacto pode ser medido, por exemplo, através do cálculo dos anos de vida perdidos devido à incapacidade (DALYs). Segundo o estudo de Abbafati et al. (2020), no qual estão presentes os dados mais atuais da *Global Burden of Disease*, durante o período de 1990 a 2019, os DALYs associados à lombalgia e a outras condições ME tiveram um aumento de 46,9% e 128,9% a nível mundial, respetivamente.

Outra forma de compreender o impacto destas condições é a avaliação dos gastos em saúde em diversos países, como descrito por March et al. (2014). Segundo este estudo, no Reino Unido, em 2003, a despesa em consultas médicas gerais devido a problemas ME foi de 1340 milhões de libras. Por sua vez, em 2006, nos Estados Unidos da América, os custos com condições ME foram de 576 biliões de dólares, estando incluídas neste valor as visitas ambulatoriais, as cirurgias, as intervenções de reabilitação e a medicação (March et al., 2014). Relativamente aos custos associados às condições ME crónicas em Portugal, foi descrito no estudo de Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes (2014), um valor médio anual de aproximadamente 1883€ por indivíduo (n=562). Todavia, a maioria dos custos associados a estas condições estão relacionados, não com a despesa em cuidados de saúde (custos diretos), mas com as limitações nas atividades da vida diária (AVD's) dos indivíduos, nomeadamente com a redução da produtividade laboral, em conjunto com a necessidade de suporte social financeiro (custos indiretos) (March et al., 2014).

A literatura demonstra que os custos indiretos podem ser reduzidos se os utentes forem acompanhados através de um adequado programa de reabilitação, pelo que a intervenção precoce da fisioterapia está amplamente recomendada e assume, então, um importante papel na redução do absentismo, assim como na prevenção da cronicidade destas condições (Azevedo et al., 2014; Foster, Hartvigsen & Croft, 2012). Os cuidados de fisioterapia tendem ainda a diminuir a necessidade de tratamentos invasivos e as recomendações atuais indicam que, salvo em casos de patologia séria, se deve optar por uma abordagem conservadora primariamente a uma intervenção cirúrgica (Foster et al., 2012; Lin et al., 2020). Esta intervenção conservadora deve ser informada pela evidência e traduzida por uma implementação de cuidados de saúde de qualidade, através dos quais será possível, então, reduzir os custos das condições ME, com benefícios não só a nível individual, como para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Kampstra et al., 2018).

Uma forma fundamental de comprovar a qualidade dos cuidados é através de uma avaliação contínua de resultados em saúde e, em particular, na Fisioterapia, sendo uma componente importante no processo sequencial de raciocínio clínico e tomada de decisão, (Abrams et al., 2006; Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2018; Braun, Rieckmann, Weber, & Grüneberg, 2018; Käll, Larsson, & Bernhardsson, 2016; Kampstra et al., 2018). Esta avaliação revela-se fundamental para aumentar o envolvimento do utente no seu processo de reabilitação, justificar e/ou alterar o tratamento escolhido, melhorar a perceção do fisioterapeuta acerca da evolução alcançada e facilitar a comunicação e a transmissão de informação entre diferentes profissionais de saúde (Davies et al., 2014; Käll et al., 2016; Kyte et al., 2015; Östhols, Boström, & Rasmussen-Barr, 2018; Swinkels, van Peppen, Wittink, Custers & Beurskens, 2011).

A avaliação de resultados faz-se recorrendo a instrumentos de medida (IM), ferramentas que permitem medir vários aspetos do estado de saúde de um indivíduo (Braun et al., 2018). Estes poderão ser centrados no profissional ou centrados no utente, sendo que os primeiros dizem respeito a observações feitas pelo profissional, onde se incluem os testes físicos, enquanto os segundos correspondem a pontuações atribuídas pelos utentes, habitualmente em formato de escalas/questionários (Kamper, 2019). Historicamente, os instrumentos centrados no observador têm prevalecido, devido à perceção de que, por serem objetivos, são mais válidos e fiáveis e, por isso, superiores aos instrumentos mais subjetivos (Kamper, 2019). Contudo, com o crescente número de utentes com condições

ME crônicas, os sistemas de saúde têm vindo a apresentar dificuldades em encontrar uma solução, pelo facto de permanecerem direcionados sobretudo para a condição clínica de cada indivíduo. Surge cada vez mais a necessidade dos profissionais optarem por uma abordagem centrada no indivíduo, com um maior envolvimento do utente na adesão ao tratamento e de forma a promover mudanças comportamentais (IAPO, 2007). Tem vindo, então, a verificar-se uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, com a maior inclusão de uma prática centrada no utente, que se assume como a forma mais efetiva de melhorar os resultados em saúde (Gorini, Mazzocco & Pravettoni, 2013; IAPO, 2007). A prática centrada no utente engloba os valores, necessidades e preferências do utente no seu tratamento, com um envolvimento ativo e tomada de decisões partilhada, aspetos possíveis de otimizar através do uso de instrumentos autoreportados (PROM's) (Gorini et al., 2013; IAPO, 2007)

Os PROM's são considerados fundamentais no contexto atual dos cuidados de saúde porque permitem avaliar diferentes parâmetros do estado de saúde de um utente que sejam reportados pelo mesmo, sem que exista uma interpretação dessa resposta por um profissional de saúde ou qualquer outra pessoa (Kyte et al., 2015). Estes podem ser mais fiáveis que os instrumentos centrados no observador, uma vez que não são afetados pela variabilidade inter-observador, e úteis no desenvolvimento de estratégias de autogestão (Kyte et al., 2015; U.S. Department of Health and Human Services, 2006). Os PROM's são ainda importantes na deteção de alguns problemas de saúde que, de outro modo, passariam despercebidos a nível clínico, uma vez que, por exemplo, a avaliação das componentes psicossociais não é possível com outro tipo de instrumentos (Kyte et al., 2015; Östhols et al., 2018). Por permitirem uma medição mais abrangente dos parâmetros clínicos, os PROM's mostram-se, portanto, ferramentas úteis para diferentes tipos de objetivos. Podem ser aplicados para obtenção de um diagnóstico, determinação de um prognóstico e avaliação de resultados, sendo que alguns destes instrumentos podem ser aplicados para as três finalidades (Kamper, 2019).

Apesar das recomendações para a utilização de IM pelos fisioterapeutas, a evidência científica atual tem demonstrado que existe uma fraca aplicação dos mesmos. O estudo de Jette, Halbert, Iverson, Miceli e Shah (2009), nos Estados Unidos da América (n=456), com o objetivo de determinar a utilização destes instrumentos por fisioterapeutas, mostrou que somente 47,8% dos participantes refere utilizar IM. Os resultados obtidos podem, no

entanto, estar enviesados, uma vez que os fisioterapeutas participantes, por serem membros da *American Physical Therapy Association* (APTA), poderão ter uma maior probabilidade de exposição a conteúdos relacionados com IM, e, por isso, a percentagem obtida poderá ser superior ao valor real da utilização pela generalidade dos fisioterapeutas neste país.

O estudo de Swinkels et al. (2011), na Holanda (n=468), avaliou, através de um questionário *online*, a utilização de IM por fisioterapeutas a exercer em prática privada (n=394) e casas de repouso (n=74), no qual foi possível verificar que mais de 70% dos participantes os utiliza. Contudo, verificou-se que apenas 36% e 42% refere utilizar estes instrumentos em mais de 50% dos seus utentes, em contexto de prática privada e casas de repouso, respetivamente. De forma semelhante, o estudo de Braun et al. (2018), realizado na Alemanha (n=522), teve como objetivo descrever a utilização de IM pela generalidade dos fisioterapeutas, através de um questionário *online*, disponível publicamente. Este estudo identificou que 86% dos participantes refere utilizar IM, embora apenas 31% os utilize em mais de 80% dos utentes, e 48% os utilize em mais de 50%. Braun et al. (2018) reportaram ainda que 69% dos inquiridos utiliza IM para diagnóstico e que apenas 22% opta pelos mesmos com o objetivo de obter um prognóstico. Estas percentagens sugerem que estes instrumentos são maioritariamente utilizados pela necessidade de confirmar uma hipótese formulada aquando da avaliação inicial e que a fraca utilização para fins de prognóstico se deve ao facto de a evidência de qualidade nesse campo ser limitada. Relativamente à avaliação de resultados no decorrer da reabilitação, este estudo mostrou também que os IM são utilizados por 73% dos participantes na avaliação inicial, por 64% na reavaliação e por 67% no momento de alta.

A literatura atual tem ainda mostrado que os fisioterapeutas continuam a aplicar os testes físicos de forma predominante, desvalorizando os PROM's. No estudo de El-sobkey e Helmy (2012), o instrumento de medida mais utilizado pelos participantes foi o teste muscular manual (17,5%) e no de Braun et al. (2018) foi o goniómetro (49%). No estudo de Meerhoff, van Dulmen, Cruijsberg, Nijhuis-Van der Sanden e Van der Wees (2019), na Holanda, foi possível confirmar a fraca utilização de PROM's por 365 fisioterapeutas dos cuidados de saúde primários que acompanham utentes com condições músculo-esqueléticas. Neste estudo, verificou-se que apenas 21,6% dos participantes os utiliza em mais de 80% dos seus utentes. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Östhols et al. (2018), realizado na Suécia (n=1217), no qual foi avaliada a utilização de

diferentes tipo de IM em utentes com dor lombar, por fisioterapeutas dos cuidados de saúde primários. Os dados mostraram que mais de 60% dos participantes optam sempre/frequentemente pela utilização de testes clínicos objetivos, enquanto mais de 85% refere que raramente/nunca utiliza PROM's.

Na aplicação de PROM's, é possível verificar também que os fisioterapeutas utilizam, de forma consistente, apenas alguns dos domínios de avaliação considerados relevantes, sem a inclusão de outros domínios com igual importância. O estudo de Macdermid et al. (2013), que englobou dados recolhidos em vários países (n=381), pretendeu identificar os padrões de prática de vários profissionais de saúde em utentes com dor cervical. Este estudo revelou que, no caso dos fisioterapeutas, os domínios de avaliação mais utilizados são a dor, a funcionalidade e a capacidade laboral, e os menos avaliados são o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a perceção global de melhoria. Por sua vez, na Irlanda (n=210), através de um estudo que caracterizou a prática clínica de fisioterapeutas a exercer em contexto privado e em meio hospitalar em utentes com osteoartrose da anca, French (2007) concluiu que a maioria dos participantes avalia o domínio da dor e que outros domínios como a satisfação do utente, a funcionalidade geral e a qualidade de vida são pouco utilizados. De forma idêntica, no estudo de Östhols et al. (2018), o domínio mais frequentemente avaliado é a dor (68%), e os parâmetros funcionalidade, qualidade de vida, medo-evitamento e auto eficácia, depressão e ansiedade são raramente avaliados.

Esta disparidade na escolha dos domínios de avaliação levou a que se tornasse imperativo estabelecer um conjunto de domínios principais no qual assente o processo de raciocínio clínico e avaliação de resultados (Idzerda et al., 2014; Pires, Cruz, Gomes & Nunes, 2020). Desta forma, surgiram vários modelos, como o quadro conceptual *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) (anexo 1), que foi construído tendo em consideração tanto a perspetiva dos especialistas como a dos utentes (Cella et al., 2019). A PROMIS divide os domínios em 3 principais áreas, de acordo com a definição de saúde da *World Health Organization* (WHO), sendo elas, a saúde física, a saúde mental e a saúde social (Idzerda et al., 2014). Dentro destas áreas, a PROMIS indica, então, 7 domínios-chave de avaliação de resultados, sendo eles, a dor (intensidade e impacto), a fadiga, a depressão, a ansiedade, os distúrbios do sono, a funcionalidade e a capacidade de participação em atividades sociais (Cella et al., 2019; Idzerda et al., 2014). Foi ainda estabelecida uma quarta área, correspondente à saúde global, na qual se podem incluir as

avaliações gerais de saúde de um utente, como a percepção global de melhoria e a qualidade de vida relacionada com a saúde (Pires et al., 2020). Todavia, e tal como já reportado, muitos destes domínios não são mensurados regularmente pelos fisioterapeutas, pelo que a validade do processo de avaliação de resultados parece estar afetada.

Perante a reduzida utilização de IM e a discrepância na escolha dos domínios a avaliar, têm também sido analisados os fatores (sociodemográficos e/ou da prática clínica) que influenciem a sua utilização pelos fisioterapeutas. Os estudos de Al-Muqiren, Al-Eisa, Alghadir e Anwer (2017), Braun et al. (2018) e Jette et al. (2009) relacionaram alguns fatores e características dos participantes com a utilização de IM, através de modelos de regressão logística. No estudo de Braun et al. (2018), por exemplo, foi identificado que os fisioterapeutas com um grau académico superior (licenciatura/mestrado/doutoramento) têm 4,81 (95% IC 2,49-9,29) vezes maior probabilidade de utilizarem IM em pelo menos 80% dos seus utentes, face aos profissionais formados através do ensino vocacional, isto é, não-académico. Neste estudo, verificou-se ainda que os fisioterapeutas que exercem em contexto de internamento apresentam 3,96 (95% IC 1,90-8,27) vezes maior probabilidade de utilizarem IM em pelo menos 80% dos seus utentes, face àqueles que exercem em contexto ambulatorio. De forma semelhante, Al-Muqiren et al. (2017) verificaram que fisioterapeutas com o grau académico de mestre apresentam 3,5 (95% IC 0,9-12,6) vezes maior probabilidade de utilizar estes instrumentos. Neste estudo, concluíram também que os fisioterapeutas com uma experiência entre 3 a 5 anos e 6 a 10 anos, têm 2,9 (95% IC 0,9-8,2) e 2,7 (95% IC 1,2-6,4) vezes maior probabilidade de utilizar IM, respetivamente, comparativamente aos profissionais recém-licenciados, isto é, com menos de 3 anos de experiência profissional. Por sua vez, no estudo de Jette et al. (2009), apurou-se que os fisioterapeutas a exercer em contexto ambulatorio e domiciliário possuem, respetivamente, 6,80 (95% IC 2,99-15,48) vezes e 12,56 (95% IC 4,36-36,18) vezes maior probabilidade de utilizar IM, relativamente aos que trabalham em serviços de urgência hospitalar. Verificou-se ainda que os fisioterapeutas que intervenham em utentes com idades entre os 21 e os 60 anos, têm 3,58 (95% IC 1,16-11,05) vezes maior probabilidade de os utilizar na sua prática clínica, face aos que intervêm em utentes mais jovens (< 21 anos). Apesar da existência de vários estudos acerca da utilização de IM pelos fisioterapeutas, apenas é conhecido o estudo de Meerhoff et al. (2019) acerca da avaliação dos fatores que influenciam especificamente a utilização ou não de PROM's. Nesse estudo, verificou-se

que os profissionais com maiores conhecimentos acerca de PROM's têm 12,68 (95% IC 7,32-21,98) vezes maior probabilidade de os utilizar na sua prática clínica, e que é 2,47 (1,52-4,01) vezes mais provável que estes instrumentos sejam utilizados por fisioterapeutas que exercem em locais com sistemas de registo de saúde eletrónico.

Para promover a utilização de IM para a avaliação de resultados em fisioterapia, torna-se também determinante averiguar quais os aspetos facilitadores para a sua implementação, bem como quais as barreiras ou limitações associadas (Braun et al., 2018). Esta análise tem sido realizada de forma diferente nos vários estudos, sendo que Abrams et al. (2006); Al-Muqiren et al. (2017); Braun et al. (2018) e Jette et al. (2009) avaliaram estes fatores através de respostas fechadas, nas quais os participantes expressaram o seu grau de concordância com itens pré-definidos. Contrariamente, os estudos de Boyce, Browne e Greenhalgh (2014); Östhols et al. (2018) e Swinkels et al. (2015) optaram por utilizar questões de resposta aberta, recorrendo a uma análise qualitativa.

Como facilitadores à sua implementação, o estudo de Östhols et al. (2018) identifica o auxílio dos instrumentos de medida no processo de raciocínio clínico, nomeadamente na identificação de “*yellow flags*”, permitindo a escolha de uma melhor abordagem/estratégia tendo em conta o estado clínico atual do indivíduo. Outros aspetos facilitadores, identificados nos estudos de Al-Muqiren et al. (2017) e Braun et al. (2018), foram a presença de um elevado grau académico do fisioterapeuta, a ênfase pessoal dada à investigação científica, e o facto de os resultados poderem servir como base de argumentação perante uma entidade que preste um seguro de saúde pessoal ou que tenha uma obrigação perante determinado sinistro.

Como barreiras individuais, foram identificadas em vários estudos a falta de conhecimento e/ou competência dos fisioterapeutas, a falta de hábito em utilizar os instrumentos e o facto de não verificarem benefícios adicionais quanto à sua utilização (Abrams et al., 2006; Braun et al., 2018; Davies et al., 2014; Östhols et al., 2018). Podem constituir também limitações os diferentes aspetos culturais e linguísticos dos utentes, bem como o seu reduzido grau de literacia, o que dificulta a compreensão dos instrumentos (Al-Muqiren et al., 2017; Jette et al., 2009; Östhols et al., 2018). Relativamente às restrições organizacionais, são identificados fatores como a falta de tempo nas sessões de fisioterapia, a escassez de recursos no acesso aos instrumentos e a falta de apoio administrativo para a

sua utilização (Abrams et al., 2006; Boyce et al., 2014; Braun et al., 2018; Davies et al., 2014). É ainda considerada como uma limitação a reduzida fiabilidade de alguns dos IM e a inexistência de uma remuneração por parte das empresas aquando da utilização dos mesmos (Braun et al., 2018; Davies et al., 2014). De todos os estudos referidos que abordam os facilitadores e as barreiras à implementação de IM, apenas no estudo de Boyce et al. (2014) foi feita uma avaliação da utilização de PROM's, tornando-se necessária a realização de mais estudos sobre este tipo de instrumentos em particular.

Para uma melhor compreensão desta realidade, também a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a utilização de PROM's têm sido analisada. De acordo com a revisão sistemática de estudos qualitativos de Boyce et al. (2014), o trabalho associado à aplicação e análise desses instrumentos assume-se como uma barreira significativa à sua utilização. O uso de suporte tecnológico foi considerado uma barreira quando atrasou o processo e um facilitador quando tornou mais eficiente a recolha e disseminação dos dados avaliados. Os participantes mencionaram ainda estar mais dispostos a utilizar PROM's quando a gerência do local de trabalho valoriza essa tarefa adicional, referindo também a necessidade de uma maior educação para a aplicação destes instrumentos de uma forma efetiva. Esta necessidade de compreensão do valor dos PROM's, por parte dos fisioterapeutas, já foi identificada em estudos realizados em outros países, pois a aplicação de PROM's não significa necessariamente uma prática centrada no utente, uma vez que, na ausência de um compromisso entre o utente e o profissional de saúde, é pouco provável que a informação retirada dos PROM's altere de alguma forma os resultados da intervenção (Boyce et al., 2014; Davies et al., 2014; Östhols et al., 2018; Talib et al., 2018). Assim, foram já desenvolvidas algumas estratégias de implementação de programas para que a utilização de PROM's seja mais frequente e homogénea entre os fisioterapeutas, tendo em conta os facilitadores e as barreiras identificadas. Contudo, após a aplicação destes programas educacionais, não foram verificadas alterações significativas na utilização de PROM's pelos fisioterapeutas (Käll et al. 2016; Meerhoff et al. 2017; Swinkels et al. 2015). Dessa forma, podemos afirmar, portanto, que a efetividade deste tipo de estratégias, baseadas na educação dos profissionais de saúde, é ainda contraditória.

Em suma, sabe-se que o elevado impacto e custos associados às condições ME a nível global provoca uma importante redução da produtividade laboral e limitações das atividades da vida diária (AVD's) dos indivíduos, com a prática informada pela evidência e

centrada no utente a assumir um papel fundamental na diminuição destas consequências. Através de cuidados de fisioterapia de qualidade, é possível reduzir o impacto individual e social das condições ME, sendo, contudo, fundamental a existência de uma avaliação de resultados efetiva e regular, para monitorizar e comprovar a efetividade das intervenções em contexto de prática clínica real. Esta deverá incluir a utilização de PROM's, pois estes são instrumentos de medida que garantem o envolvimento do utente na avaliação de resultados e o conhecimento das suas perspetivas e crenças em relação à sua condição e aos benefícios percebidos com o tratamento. Através dos estudos realizados em outros países, sabe-se também que os IM são pouco utilizados pelos fisioterapeutas e são maioritariamente escolhidos para fins de diagnóstico. Os estudos já realizados identificam também que são preferencialmente utilizados os testes físicos, em detrimento dos PROM's, e que, aquando da aplicação dos PROM's, são apenas utilizados alguns domínios de avaliação, sem a inclusão de outros igualmente importantes. De acordo com a literatura disponível, ainda não são amplamente conhecidos os fatores sociodemográficos e da prática clínica dos fisioterapeutas que influenciem a utilização ou não dos PROM's, bem como as barreiras e facilitadores inerentes à sua implementação, pois a maioria dos estudos aborda esta temática apenas relativamente a instrumentos de medida (IM) de uma forma geral. Adicionalmente, o conhecimento sobre a utilização de instrumentos autoreportados em Portugal é ainda escasso, o que traduz a necessidade de investigar este tema no contexto português. Globalmente, um maior conhecimento sobre este tema poderia contribuir para que, no futuro, possam ser delineadas estratégias educacionais e de implementação para estudantes de fisioterapia, fisioterapeutas e outras partes envolvidas que promovam a utilização deste tipo de instrumentos na prática clínica e uma maior afirmação social e científica da profissão no contexto dos cuidados de saúde em condições ME. Assim, o objetivo principal deste estudo foi caracterizar a utilização de instrumentos autoreportados (PROM's) por parte dos fisioterapeutas com prática clínica em indivíduos com condições músculo-esqueléticas (ME), em Portugal. Secundariamente, pretendeu-se analisar quais os fatores associados à não utilização de PROM's, bem como identificar quais as barreiras e os facilitadores à sua implementação.

METODOLOGIA

Tipo/Desenho de Estudo

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal, através da utilização de um questionário *online* disponibilizado aos participantes. O questionário foi constituído por duas componentes diferentes, tendo uma delas sido caracterizada por questões de resposta aberta e a outra por questões de resposta fechada. O estudo decorreu entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021 e foi previamente submetido à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde (CEEI-ESS) - Instituto Politécnico de Setúbal, entidade que verificou todos os aspetos éticos inerentes ao mesmo, aprovando a sua realização (parecer nº 46A/AFP/2019 – Anexo 2). A metodologia, análise e interpretação de resultados deste estudo seguiram as recomendações da *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES) (Eysenbach & Street, 2004).

Participantes

Os participantes deste estudo foram fisioterapeutas que trabalham em Portugal, seja no setor público e/ou no setor privado, que foram convidados a participar via *e-mail* de acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Constituíram critérios de inclusão o facto de pelo menos 50% dos seus utentes semanais apresentarem condições músculo-esqueléticas (ME) e a idade dos utentes ser igual ou superior a 18 anos (Brinkman et al., 2019). Como critério de exclusão, foi considerado o facto de os fisioterapeutas não exercerem a sua prática profissional em Portugal (Braun et al., 2018; Copeland, Taylor & Dean, 2008).

O processo de recrutamento da amostra foi realizado através do método de propagação geométrica, também designado por “bola de neve” (Maroco, 2007). Aquando do preenchimento do questionário, foi solicitado a cada participante a identificação de 3 a 5 outros fisioterapeutas que reunissem os critérios necessários para participar neste estudo. Este processo foi iniciado a partir de 2 listas de potenciais participantes, nomeadamente os membros efetivos e observadores do Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética (GIFME) da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFisio), e também os antigos estudantes do Mestrado em Fisioterapia nas Condições Músculo-Esqueléticas (FCME), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

(lecionado de acordo com as diretrizes da *International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists*, IFOMPT).

Todos os participantes contribuíram de forma anónima e voluntária ao longo de todo o processo, tendo sido, por isso, requerido o preenchimento prévio de um formulário de consentimento informado (apêndice A). Primeiramente, foi apresentada aos participantes uma carta explicativa do estudo (apêndice B), na qual foram apresentados os critérios de inclusão e de exclusão. Nesta, foi também garantida a confidencialidade de cada indivíduo desde o momento inicial, bem como explicada a possibilidade de abandonar o estudo em qualquer altura, sem que este facto implicasse qualquer tipo de constrangimento ou desvantagem.

A amostra necessária para este estudo foi calculada tendo por base a percentagem de fisioterapeutas que trabalham atualmente com condições ME em Portugal, de acordo com o estudo de Ferreira, Vital e Jorge (2018). Considerando estes dados, foi feita uma extrapolação para o totalidade aproximada de fisioterapeutas a nível nacional (11000), através da qual se obteve o valor estimado de 6071 fisioterapeutas a exercer na área ME. Este valor foi introduzido numa fórmula estatística designada para o efeito (<https://surveysystem.com/sscalc.htm>), tendo sido obtido um valor expectável de 361 participantes para este estudo (IC 95%, margem de erro 0,05).

Instrumento

O instrumento de recolha de dados foi um questionário em formato “aberto”, disponibilizado *online*, através da plataforma *LimeSurvey* (apêndice C). Por não ter sido um questionário “fechado”, isto é, acedido através de um “*login*” ou código específico para cada participante, não foi registado qualquer endereço IP ou outro tipo de dados de identificação dos participantes em cada acesso realizado à plataforma.

O questionário foi caracterizado por quatro diferentes secções, tendo por base estudos anteriores com objetivos semelhantes e de acordo com as temáticas incluídas nos mesmos (Braun et al., 2018; Copeland et al., 2008; Davies et al., 2014; El-sobkey & Helmy, 2012; Jette et al., 2009; Östhols et al., 2018; Swinkels et al., 2011). Nestes estudos, foi também possível verificar a existência de vários fatores, pessoais e/ou contextuais, que mostraram estar associados à utilização de PROM's, tendo estes, por isso, sido incluídos neste

questionário, assim como outros também frequentemente utilizados. O tempo estimado de preenchimento foi de 15 minutos, não tendo existido, contudo, qualquer registo do tempo despendido por cada participante no seu preenchimento.

O questionário *online* foi constituído pelas seguintes secções, tendo as várias questões sido distribuídas por páginas de igual número:

1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes, na qual foi incluída a idade, o género, as habilitações académicas, o contexto laboral, a formação académica complementar e a formação acerca de conteúdos relacionados com instrumentos autoreportados (PROM's) (6 questões).

2 - Caracterização da prática clínica dos participantes, na qual se incluíram os anos de experiência profissional, o local, setor e contexto da prática clínica, o número de horas de trabalho semanais e o número médio de utentes com condições ME por semana (10 questões).

3 - Utilização de instrumentos de medida, na qual foi descrita a utilização destes instrumentos pelos participantes, o quanto eram valorizados os PROM's em detrimento dos testes centrados no observador, qual a finalidade com que eram utilizados os PROM's, qual a percentagem de utentes em que esses instrumentos eram aplicados para a avaliação de resultados, qual a frequência com que eram avaliados os vários domínios de resultados e qual o grau de satisfação com a sua atual utilização de PROM's (13 questões).

4 - Barreiras e facilitadores, na qual os participantes puderam identificar aspetos individuais ou fatores associados à sua prática clínica que limitassem ou promovessem a utilização de PROM's (2 questões de resposta aberta).

As três primeiras secções do questionário constituíram a componente quantitativa, caracterizada por questões fechadas (dicotómicas ou de escolha múltipla), em que os dados foram recolhidos de três formas diferentes. Em algumas questões, foi reportado o grau de concordância com itens pré-definidos (escalas de *Likert*), enquanto outras questões foram de resposta dicotómica "sim/não". Existiram ainda questões nas quais foi solicitado um valor numérico como, por exemplo, a percentagem de utentes em que foram utilizados PROM's nas últimas duas semanas (secção 3).

Por sua vez, a quarta secção correspondeu à componente qualitativa deste questionário, e foi caracterizada por questões abertas, nas quais os participantes puderam expor de uma

forma mais livre os fatores pessoais e contextuais que influenciam de forma positiva e/ou negativa a sua utilização de PROM's. Esta opção metodológica foi baseada em estudos semelhantes (Boyce et al., 2014; Davies et al., 2014; Östhols et al., 2018; Swinkels et al., 2015) e escolhida para que as respostas dos participantes não fossem limitadas e/ou direcionadas por itens pré-definidos pelos investigadores.

Durante o preenchimento do questionário, foi possível a cada participante monitorizar em tempo real a sua progressão, através de uma barra horizontal crescente na região superior da página na plataforma *online*. Esta barra aumentava de forma faseada através do preenchimento progressivo das secções constituintes do questionário. No decorrer deste processo, os praticantes tiveram a possibilidade de retroceder para as secções anteriores do questionário sempre que necessário, antes da submissão final do mesmo na plataforma.

Validade facial e de conteúdo

Antes de ser aplicado, o instrumento de recolha de dados foi sujeito a um processo de validação facial e de conteúdo, através de um estudo-piloto, que se traduziu pelo preenchimento do questionário *online* por 10 fisioterapeutas que cumpriam os critérios de inclusão pré-definidos, entre os dias 10 e 31 de janeiro de 2020. Estes participantes pertenciam a diferentes faixas etárias e contextos laborais e detinham graus académicos distintos. Ao longo do preenchimento, foram solicitadas respostas aos participantes acerca da construção e funcionamento do questionário *online*, de modo a perceber se o mesmo se encontrava pronto a ser disponibilizado para o estudo principal (apêndice D). Foram incluídas 4 questões dicotómicas “sim/não” (com a respetiva justificação) e 1 questão para sugestões no final de cada uma das secções do questionário. Foi também adicionada 1 última questão acerca do tempo estimado de preenchimento no final do questionário. No seu conjunto, este procedimento teve como objetivo perceber se os itens que constituíam o questionário refletiam aquilo que se pretendia medir, e também se cada questão conseguia abranger o constructo de interesse (Bolarinwa, 2015; Jette et al., 2009). Este processo foi também utilizado para testar o *software* utilizado e o registo dos resultados na plataforma *online*. Após a análise das respostas, foram feitas as correções consideradas necessárias e foi elaborada a versão final do questionário (apêndice C).

Recolha de dados

A recolha de dados ocorreu entre os dias 26 de fevereiro e 31 de julho de 2020, através do questionário *online* desenvolvido para o efeito. Os fisioterapeutas foram convidados a participar através de um *e-mail*, no qual constava uma explicação do estudo e o *link* de acesso direto ao questionário. Na página inicial do questionário, estava presente uma hiperligação externa com a ficha informativa do estudo (apêndice B). De seguida, os participantes foram encaminhados para uma página com o formulário de consentimento informado, no qual puderam declarar a sua intenção voluntária de participar neste estudo. Após aceitarem participar e confirmarem que cumpriam os critérios de inclusão, o questionário foi disponibilizado aos participantes para preenchimento. No final de 2 e 3 semanas após o envio inicial da hiperligação, foram enviados, por *e-mail*, dois lembretes eletrónicos, de forma a maximizar a taxa de resposta. Todos os dados foram armazenados e exportados sem qualquer identificação dos participantes, nem do seu IP ou *e-mail*, em local seguro e apenas acessível aos investigadores deste estudo, pertencentes ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos foi feita através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, com recurso a estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva foi utilizada para sistematizar os dados obtidos relativos à caracterização sociodemográfica e da prática clínica dos participantes, bem como à utilização de instrumentos de medida, nomeadamente, PROM's, pelos fisioterapeutas. No caso das variáveis nominais/catóricas, utilizaram-se as frequências relativas e absolutas e, no caso das variáveis contínuas, recorreu-se a medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão e intervalos máximos e mínimos).

Os dados obtidos através de escalas de *Likert* foram agregados em variáveis nominais qualitativas, tendo sido feita, posteriormente, a sua dicotomização. Um dos objetivos deste estudo foi caracterizar a prática clínica dos participantes relativamente à utilização de PROM's, o que fez com que a agregação dos dados fosse feita de acordo com as opções de resposta que expressassem uma prática consistente, nomeadamente, as opções “frequentemente” e “sempre” (Abrams et al., 2006). Por sua vez, a estatística inferencial

foi utilizada para analisar a relação entre as variáveis da caracterização sociodemográfica e da prática clínica dos participantes (variáveis independentes) e a utilização/não utilização de PROM's (variável dependente) através de modelos de regressão logística. As variáveis independentes em análise foram o género, as qualificações académicas, o contexto da instituição da formação base, a realização de formações complementares acerca de PROM's, os anos de experiência profissional, o setor laboral, o contexto profissional, o número de horas de trabalho semanais, o número de utentes por hora, o número de diagnósticos diferentes por semana, o estado clínico (fase) em que intervêm com maior frequência, o estímulo no local de trabalho para a utilização de PROM's, a importância atribuída à utilização de PROM's, a crença dos fisioterapeutas na valorização de PROM's pelos utentes, a presença de conhecimentos necessários para a aplicação de PROM's e o grau de satisfação com a avaliação de resultados (Al-Muqiren et al., 2017; Braun et al., 2018; Jette et al., 2009).

Inicialmente, foi feita uma análise univariada, de forma a verificar quais as variáveis independentes que apresentavam uma associação estatisticamente significativa com a variável dependente. O nível de significância escolhido foi de $p < 0,2$, de acordo com a literatura existente, na qual vários autores promovem a utilização de um valor mais elevado para que não exista qualquer exclusão precoce de variáveis que possam vir a ser posteriormente úteis na análise multivariada (Jellema, van der Windt, van der Horst, Stalman & Bouter, 2007; Weigl, Angst, Aeschlimann, Lehmann & Stucki, 2006). Na análise univariada, foi utilizado o modelo de regressão logística binária (método: *Enter*), sendo que as variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,2$) foram de seguida submetidas a uma análise multivariada. Nessa segunda análise, e de acordo com Maroco (2007), as variáveis foram ajustadas entre si, tendo sido analisadas com recurso ao método *Backward Stepwise (Conditional)*.

A magnitude da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente foi avaliada através dos valores de *Odds Ratio (OR)* e R^2 *Nagelkerke*, tal como descrito por Maroco (2007). Por sua vez, para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo utilizado, recorreu-se ao teste de *Hosmer and Lemeshow*, cujos resultados, caso não sejam significativos, indicam a adequação deste modelo estatístico. Um bom ajustamento é, portanto, indicado por um valor de qui-quadrado (X^2) não significativo (Maroco, 2007). De acordo com Maroco (2007), foi ainda avaliada a capacidade discriminativa do modelo

estatístico através da área sob a curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC), sendo a sua interpretação realizada de acordo com os seguintes critérios: Inferior a 0,5, indica a ausência de poder discriminativo; Entre 0,5 e 0,7 corresponde a uma capacidade discriminativa fraca; Entre 0,7 e 0,8, designa uma capacidade aceitável; Entre 0,8 e 0,9, indica a presença de um bom poder discriminativo; Acima de 0,9, aponta para uma capacidade discriminativa excepcional.

Para os itens de resposta aberta presentes na secção 4 do questionário, foi realizada uma análise temática, de acordo com as recomendações de Braun & Clarke (2006). Não foram incluídos nesta análise os dados qualitativos em falta dos questionários incompletos analisados previamente. Este processo foi constituído por seis fases diferentes:

1 – Familiarização com os dados, a qual se caracterizou por uma leitura repetida dos dados obtidos de forma a encontrar significados ou padrões de resposta entre eles. Nesta fase, foram definidas ideias para a codificação, que foram revistas novamente nas fases subsequentes;

2 – Criação inicial dos códigos, na qual foram produzidos os códigos iniciais que identificaram as características dos dados (conteúdo semântico ou latente) que aparentaram ser de interesse. Estes dados foram posteriormente ordenados dentro de cada código que foi criado;

3 – Pesquisa de temas, na qual foram ordenados os diferentes códigos em potenciais temas. Os códigos foram analisados e combinados de forma a construir temas mais abrangentes. Alguns códigos formaram temas principais, outros originaram subtemas e alguns foram descartados. Foi criado um tema do tipo “Outros”, no qual se incluíram os códigos que não pertenciam a nenhum dos outros temas candidatos definidos;

4 – Revisão dos temas, na qual foram apurados os temas candidatos definidos na fase anterior agrupando-se ou dividindo-se os temas conforme a necessidade. Esta fase envolveu 2 níveis de revisão e de apuramento dos temas. Num primeiro nível, foi realizada uma leitura de todos os conjuntos de dados ordenados para cada tema, e foi verificado se formavam um padrão coerente. Nos casos em que esta condição não se verificou, foi feita uma nova revisão do tema candidato, de modo a perceber se algum dos dados não se enquadrava no tema. Nestes casos, optou-se pela criação de um novo tema candidato, pela recolocação dos dados noutra tema ou pela exclusão do tema em análise. Após a definição

de um “mapa temático” candidato, avançou-se para o nível 2. Neste, foi avaliado se o “mapa temático” candidato refletia com precisão os significados que estão presentes nos dados escolhidos para análise. Estes dados foram revistos de forma a poder certificar-se que os temas funcionavam em relação ao conjunto de dados analisados. Nos casos em que o “mapa temático” não foi satisfatório, foi repetido todo o processo anterior até obter um novo “mapa temático” com sucesso.

5 – Definição e nomeação dos temas, na qual foi feita uma revisão dos temas definidos na fase anterior, identificando o constructo de interesse e a razão pela qual foram escolhidos. Foi também realizada uma análise detalhada para cada tema individualmente. No final desta fase, foi feita a nomeação final dos temas escolhidos.

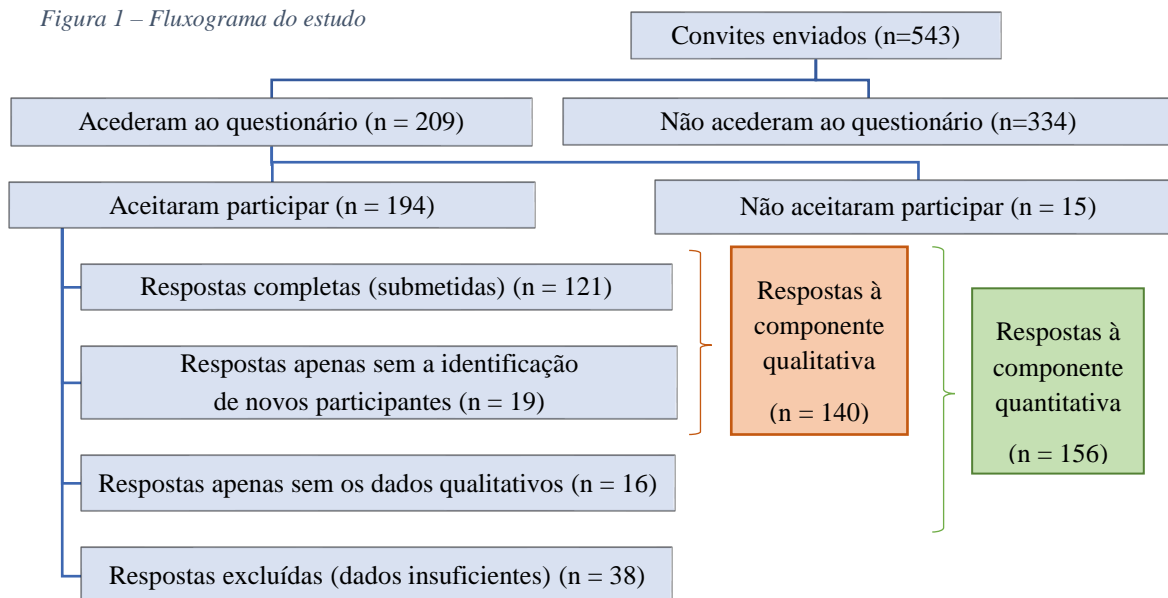
6 – Produção do relatório da análise, no qual foi construída uma narrativa analítica na qual foi incorporado o argumento da análise temática, tendo por base a questão de investigação.

O processo de análise qualitativa foi orientado pelo objetivo deste estudo, tendo sido conduzido por dois investigadores independentes. O investigador principal (RS) foi o responsável pela realização da análise, sendo ele fisioterapeuta com 5 anos de prática clínica em condições ME, Licenciado em Fisioterapia, com interesse na prática clínica e investigação na área das condições ME e sem experiência em estudos qualitativos. O orientador científico deste trabalho (DP) acompanhou e reviu todas as etapas de análise qualitativa, sendo ele fisioterapeuta com 10 anos de prática clínica em condições ME, Doutor em Saúde Pública e com formação e experiência anterior na condução de estudos qualitativos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram inicialmente enviados 262 convites de participação aos membros do GIFME da APFisio e aos Mestres em FCME, formados na ESS-IPS. Através destes participantes iniciais, iniciou-se o método de propagação geométrica, a partir do qual se obtiveram mais 281 *e-mails* de potenciais participantes (total de 543 convites enviados). Após o envio dos convites, 194 fisioterapeutas aceitaram participar no estudo através do preenchimento do consentimento informado e, desses 194 participantes, foram obtidas 121 respostas completas ao questionário. Foram também consideradas 19 respostas que apenas não tinham a identificação de outros participantes (secção 5), bem como 16 respostas em que apenas não se encontravam preenchidos os itens de resposta aberta (secção 4). Obteve-se, então, um total de 156 respostas à componente quantitativa (itens de resposta fechada) e 140 respostas aos itens de resposta aberta (componente qualitativa). Foram excluídas 38 respostas por apresentarem dados insuficientes. O processo de recolha de dados dos participantes está disposto pormenorizadamente na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do estudo



Tendo em conta o número de acessos efetuados ao questionário (n=209) e o número de participantes que aceitou participar no estudo (n=194), a taxa de participação foi de 92,8%. Através do número de respostas completas/submetidas (n=121), foi também possível calcular a taxa de submissão final, correspondente a 62,4%. Considerando os 194 fisioterapeutas que aceitaram participar no estudo, 80,4% responderam à componente quantitativa, 72,2% aos dados qualitativos e 19,6% foram excluídos.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes (n=156), a média de idades foi de 29,35 anos ($\pm 6,97$ anos), com predominância do género feminino (55,8%). Observou-se que a maioria dos participantes possui apenas o grau académico de licenciatura (62,8%) e completou a sua formação-base numa instituição do ensino público (62,8%). Quanto às formações académicas complementares, verificou-se que 91,7% dos participantes refere ter frequentado formação na área músculo-esquelética, embora a maioria tenha reportado não ter tido qualquer formação complementar com conteúdos relacionados com instrumentos autoreportados (PROM's) (67,9%). As características sociodemográficas dos participantes são apresentadas pormenorizadamente na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variável	Categorias da Variável	Fr ^a (Fa ^b)
Género	Feminino	55,8% (n=87)
	Masculino	44,2% (n=69)
Idade (\bar{X} e σ)	-	29,35 anos ($\pm 6,97$ anos)
Idade (mín. e máx.)	-	22 anos 65 anos
Qualificações académicas	Licenciatura	62,8% (n=98)
	Mestrado	23,1% (n=36)
	Pós-Graduação	12,8% (n=20)
	Doutoramento	1,3% (n=2)
Formação	Ensino Público	62,8% (n=98)
	Ensino Privado	37,2% (n=58)
Formações Académicas Complementares (na área ME)	Sim	91,7% (n=143)
	Não	8,3% (n=13)
Formação com conteúdos acerca de PROM's	Sim	32,1% (n=50)
	Não	67,9% (n=106)

Legenda: ^aFr – frequência relativa; ^bFa – frequência absoluta; \bar{X} – média; σ – desvio-padrão; ME – músculo-esquelética

Caracterização da prática clínica dos participantes

Quanto à caracterização da prática clínica, foi possível verificar que os fisioterapeutas que participaram no estudo têm em média 7 anos ($\pm 6,62$ anos) de experiência profissional e, como se verifica na figura 2, a maioria exerce a sua prática laboral no setor privado (68,6%). Através da figura 3, verifica-se que mais de metade dos participantes (53,2%) trabalha em equipa com outros fisioterapeutas. No que diz respeito ao horário de trabalho semanal, observou-se que 77,6% dos fisioterapeutas refere trabalhar mais de 30 horas

(figura 4) e 42,3% refere ter apenas 1 utente por hora (figura 5). As restantes características da prática clínica dos participantes são apresentadas em detalhe na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da prática clínica dos participantes

Variável	Categorias da Variável	Fr ^a (Fa ^b)
Anos de experiência profissional (\bar{X} e σ)	-	7,00 anos ($\pm 6,62$ anos)
Anos de experiência profissional (mín. e máx.)	-	1 40
Anos de prática clínica em ME (\bar{X} e σ)	-	6,66 anos ($\pm 6,02$ anos)
Anos de prática clínica em ME (mín. e máx.)	-	1 ano 33 anos
Número de diagnósticos diferentes (por semana)	1-10	53,2% (n=83)
	11-20	35,9% (n=56)
	21-30	8,3% (n=13)
	Mais de 30	2,6% (n=4)
Estado Clínico*	Agudo (< 6 semanas)	42,9% (n=67)
	Subagudo (6-12 semanas)	32,1% (n=50)
	Crónico (>12 semanas)	25,0% (n=39)

Legenda: ^aFr – frequência relativa; ^bFa – frequência absoluta; \bar{X} – média; σ – desvio-padrão; ME – condições músculo-esqueléticas; *estado clínico (fase) em que intervém com maior frequência

Figura 2 - Setor de prática clínica predominante dos participantes

Figura 3 - Contexto profissional dos participantes

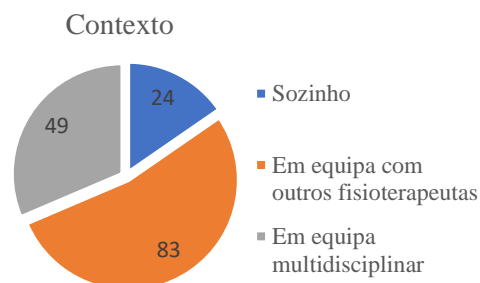
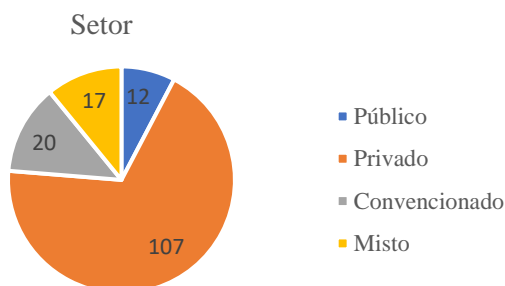
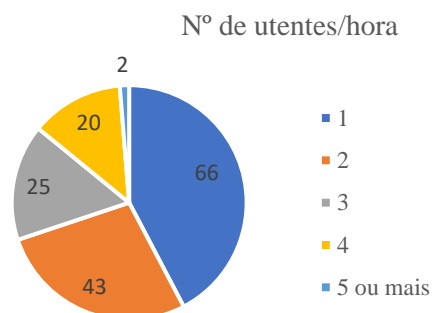
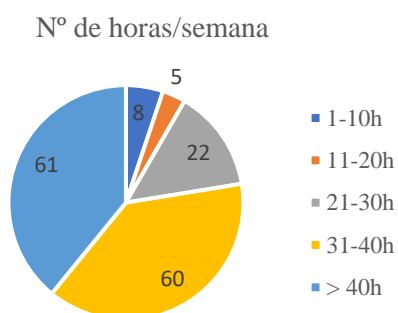


Figura 4 - Horas de trabalho semanais dos participantes

Figura 5 - Número de utentes por hora dos participantes



Utilização de instrumentos autoreportados (PROM's)

No que diz respeito à utilização de instrumentos de medida, foi possível verificar que 54,5% dos participantes refere utilizá-los frequentemente/sempre. Contudo, a maior parte (82,7%) reporta uma fraca utilização de PROM's (nunca/raramente/ocasionalmente) e considera-se pouco estimulada para a sua utilização no local de trabalho (84,6%). Mais ainda, observou-se que a maioria dos participantes afirma utilizar PROM's com o objetivo de avaliar os resultados da intervenção (85,9%) e considera ter os conhecimentos necessários para a sua aplicação (67,9%). Os restantes dados são apresentados em detalhe na tabela 3.

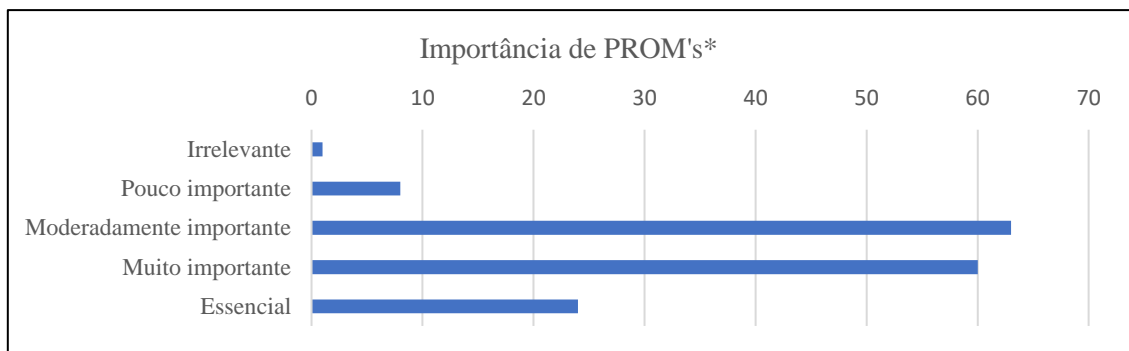
Tabela 3 - Caracterização da utilização de instrumentos autoreportados (PROM's) pelos participantes

Variável	Categorias da Variável	Fr ^a (Fa ^b)
Utilização de instrumentos de medida	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	45,5% (n=71)
	Frequentemente/Sempre	54,5% (n=85)
Utilização de instrumentos centrados no observador	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	29,5% (n=46)
	Frequentemente/Sempre	70,5% (n=110)
Utilização de PROM's	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	82,7% (n=129)
	Frequentemente/Sempre	17,3% (n=27)
Faixa etária predominante na qual se utilizam os PROM's	18-30 anos	23,1% (n=36)
	30-40 anos	21,8% (n=34)
	40-50 anos	12,8% (n=20)
	50-65 anos	12,2% (n=19)
	+65 anos	6,4% (n=10)
Estímulo no local de trabalho para a utilização de PROM's	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	84,6% (n=132)
	Frequentemente/Sempre	15,4% (n=24)
Conhecimentos necessários para a aplicação de PROM's	Sim	67,9% (n=106)
	Não	32,1% (n=50)
Objetivo da utilização de PROM's	Diagnóstico	35,9% (n=56)
	Prognóstico	27,6% (n=43)
	Avaliação de resultados	85,9% (n=134)
% de utentes em que utiliza PROM's	-	36,72%

Legenda: ^aFr – frequência relativa; ^bFa – frequência absoluta; % - percentagem

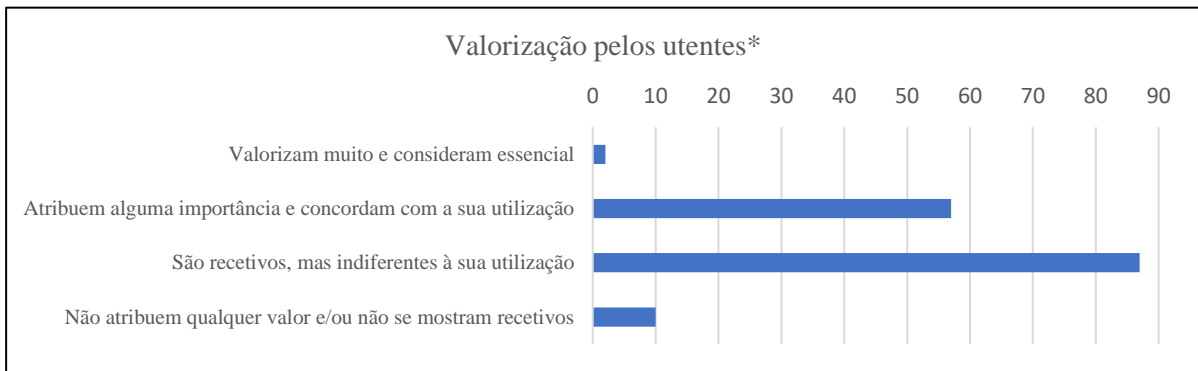
Verificou-se que a utilização de PROM's é considerada uma prática de moderada a elevada importância por 78,9% dos fisioterapeutas (figura 6) e 55,8% acredita que os utentes são recetivos, embora indiferentes à sua utilização (figura 7).

Figura 6 - Importância atribuída pelos fisioterapeutas à utilização de PROM's



Legenda: *número de participantes (frequência absoluta)

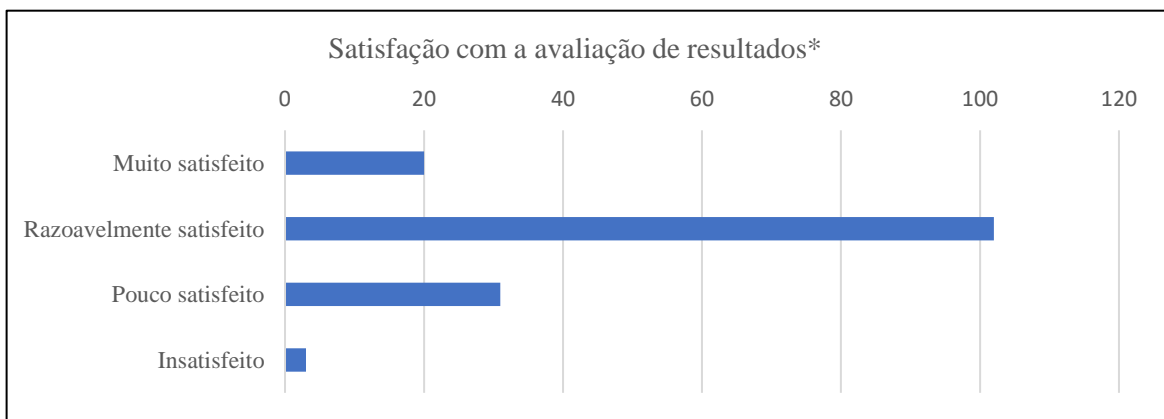
Figura 7 - Crença dos fisioterapeutas na valorização de PROM's pelos utentes



Legenda: *número de participantes (frequência absoluta)

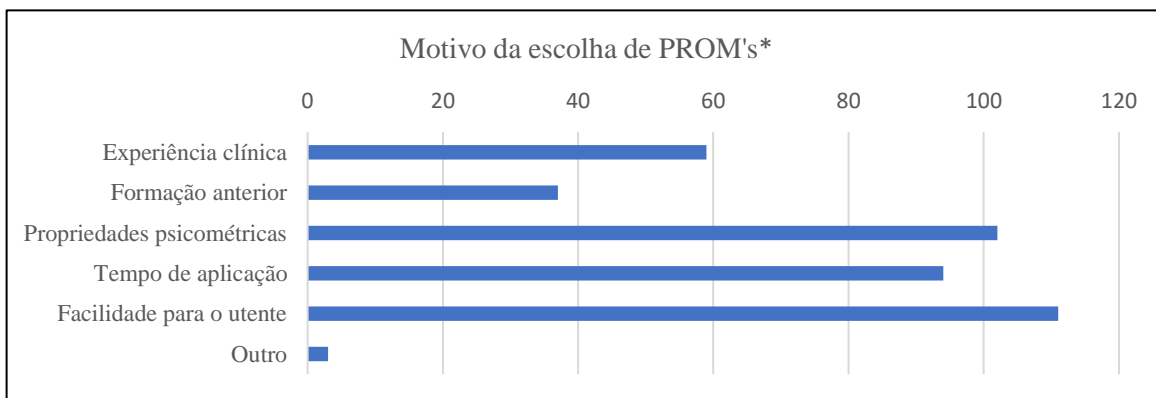
A maior parte dos fisioterapeutas (65,4%) encontra-se razoavelmente satisfeita com a sua utilização (figura 8) e a sua escolha de PROM's (figura 9) tem por base a facilidade para o utente (71,2%), as propriedades psicométricas (65,4%) e o tempo de aplicação do instrumento (60,3%).

Figura 8 - Satisfação dos participantes com a sua avaliação de resultados



Legenda: *número de participantes (frequência absoluta)

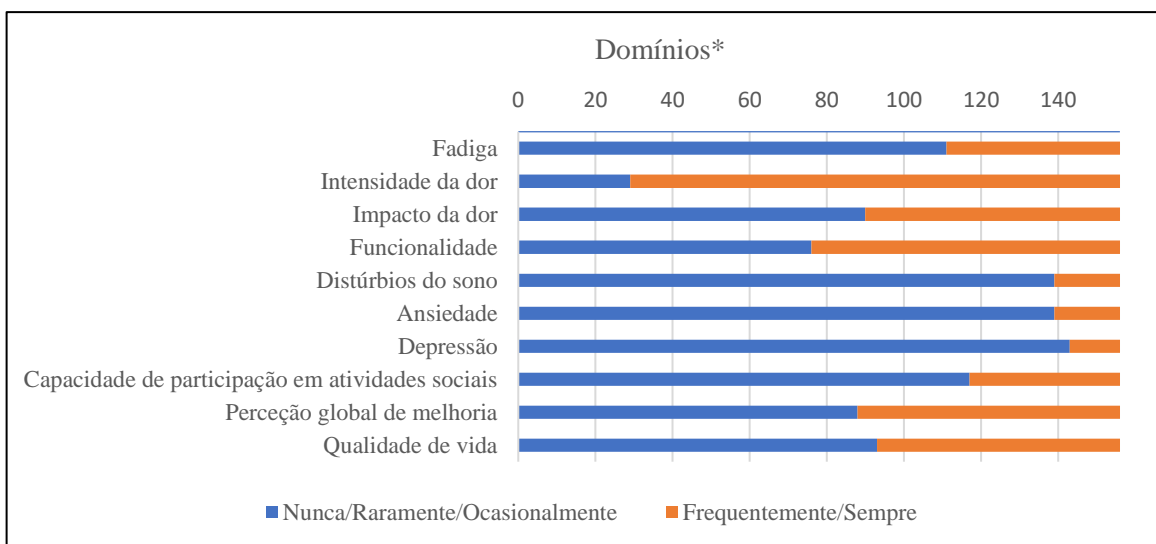
Figura 9 - Motivo da escolha de PROM's pelos participantes



Legenda: *número de participantes (frequência absoluta)

Relativamente aos domínios de avaliação de resultados (figura 10), foi possível observar que a maioria dos fisioterapeutas refere utilizar os PROM's para avaliar a intensidade da dor (81,4%) e a funcionalidade dos utentes (51,3%). Verificou-se também que domínios como a depressão, ansiedade e distúrbios do sono são raramente avaliados (91,7%, 89,1% e 89,1%, respetivamente).

Figura 10 - Domínios de resultados avaliados pelos participantes



Legenda: *número de participantes (frequência absoluta)

Fatores associados à utilização de PROM's

Para analisar os fatores pessoais e da prática clínica dos participantes associados à não utilização de PROM's, as variáveis independentes em estudo foram primariamente dicotomizadas consoante a sua natureza. Tendo em conta o reduzido número de participantes em alguns subgrupos, e de forma a garantir um maior poder estatístico das associações e precisão dos resultados obtidos, foi realizada uma agregação em duas subcategorias para cada variável independente. Esta opção foi escolhida tendo em conta outros estudos e garantindo que as variáveis dicotomizadas se mantinham lógicas e conceptualmente adequadas. As únicas variáveis independentes em que não foi possível uma dicotomização em duas subcategorias foram o setor laboral e o contexto de trabalho dos participantes, devido à impossibilidade de uma agregação conceptual lógica dos diferentes resultados obtidos, mantendo-se, por isso, as opções de resposta iniciais. O processo de agregação destas variáveis categóricas em subcategorias está disposto pormenorizadamente no apêndice E.

Análise univariada

Através da regressão logística binária, foi possível verificar a existência de um nível de significância (*p-value*) inferior a 0,2 em 11 variáveis independentes, tal como está demonstrado na tabela 4, na qual se encontra detalhadamente o valor R^2 Nagelkerke, o nível de significância (*p-value*) e o valor de *Odds Ratio (OR)*. Esta análise encontra-se descrita na sua totalidade no apêndice F.

Análise multivariada

Posteriormente, através da análise multivariada (método: *Backward Stepwise Conditional*), foi testada a associação entre as variáveis previamente identificadas na análise univariada (para $p < 0,02$) e a variável dependente deste estudo (não utilização de PROM's) (apêndice G). Tal como se pode verificar na tabela 5, o modelo estatístico final reteve 5 das 11 variáveis obtidas na análise univariada, sendo elas, o setor laboral, o número de utentes por hora, o estímulo no local de trabalho para a utilização de PROM's, a crença dos fisioterapeutas na valorização de PROM's pelos utentes e a presença de conhecimentos necessários para a aplicação de PROM's.

Tabela 4 – Resultados da análise univariada relativos à relação das variáveis independentes com a não utilização de PROM's.

Variável	R² Nagelkerke	p-value	Odds Ratio (OR)
Qualificações Académicas	0,017	-	-
Mestrado/ Pós-graduação/Doutoramento*	-	-	1
Licenciatura	-	0,198	1,733
Contexto da instituição de formação-base	0,035	-	-
Ensino público*	-	-	1
Ensino privado	-	0,083	2,364
Formação acerca de PROM's	0,058	-	-
Sim*	-	-	1
Não	-	0,018	2,782
Setor laboral	0,121	-	-
Público*	-	-	1
Privado	-	0,001	7,962
Convencionado	-	0,008	12,600
Misto	-	0,014	10,500
Contexto de trabalho	0,104	-	-
Sozinho(a)*	-	-	1
Em equipa com outros fisioterapeutas	-	0,241	0,285
Em equipa multidisciplinar	-	0,030	0,099
Nº utentes/hora	0,059	-	-
1 utente*	-	-	1
+ de 1 utente	-	0,020	2,776
Estímulo no local de trabalho	0,172	-	-
Nunca/Raramente/Ocasionalmente*	-	-	1
Frequentemente/Sempre	-	0,001	0,128
Importância atribuída pelo fisioterapeuta	0,111	-	-
Até moderada importância*	-	-	1
Muito importante/essencial	-	0,003	0,210
Valorização pelos utentes	0,028	-	-
Valorizam muito/concordam*	-	-	1
Indiferentes/não-recetivos	-	0,102	2,010
Conhecimentos do fisioterapeuta	0,079	-	-
Sim*	-	-	1
Não	-	0,017	4,585
Satisfação com a avaliação de resultados	0,050	-	-
Muito/razoavelmente satisfeito*	-	-	1
Pouco/nada satisfeito	-	0,063	4,124

Legenda: *classe de referência

Tabela 5 – Resultados da análise multivariada relativos à relação entre as variáveis independentes e a não utilização de PROM's.

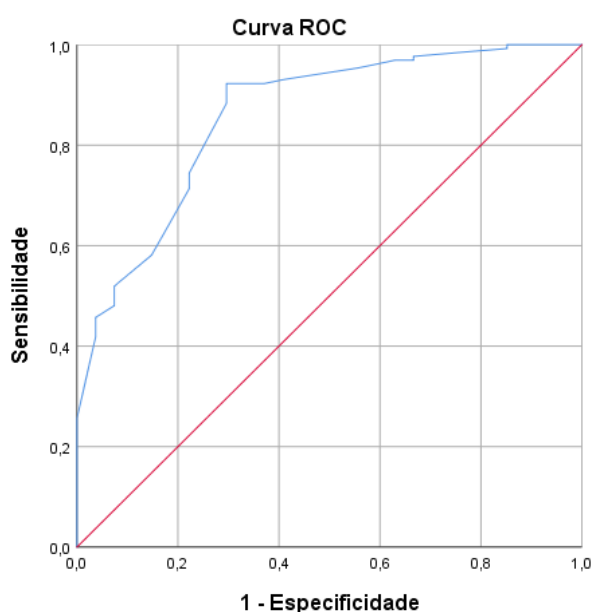
Variável	p-value	Odds Ratio (OR)	95% IC	
			Inferior	Superior
Setor laboral				
Público*	-	1	-	-
Privado	0,001	36,397	6,611	200,397
Convencionado	0,050	7,594	1,004	57,414
Misto	0,009	21,905	2,164	221,744
Nº utentes/hora				
1 utente*	-	1	-	-
+ de 1 utente	0,080	3,118	0,873	11,138
Estímulo no local de trabalho				
Frequentemente/Sempre*	-	1	-	-
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	0,001	8,564	2,626	27,931
Valorização pelos utentes				
Indiferentes/não-recetivos*	-	1	-	-
Valorizam muito/concordam	0,069	0,367	0,124	1,082
Conhecimentos do fisioterapeuta				
Sim*	-	1	-	-
Não	0,009	7,966	1,675	37,898

Legenda: *classe de referência

De acordo com os valores de associação (OR) obtidos através da análise multivariada (tabela 5), verificou-se que quem trabalha nos setores privado, convencionado e misto tem, respetivamente, 36,4, 7,6 e 21,9 vezes mais probabilidade de não utilizar PROM's, face aos que trabalham no setor público. Os fisioterapeutas que intervêm em mais de 1 utente por hora têm 3,1 vezes maior probabilidade de não utilizar PROM's, comparativamente aos que intervêm em apenas 1 utente por hora, e os que nunca/raramente/ocasionalmente têm estímulo no local de trabalho para utilizar PROM's, têm 8,6 vezes maior probabilidade de não utilizar PROM's, comparando aos que são frequentemente/sempre estimulados. Foi ainda possível observar que os fisioterapeutas que acreditam ter utentes que valorizam muito/concordam com a utilização de PROM's apresentam 63,3% (OR=0,367) menor probabilidade de não utilizar estes instrumentos, face aos profissionais que acreditam que os seus utentes não estão recetivos à sua utilização. Verificou-se também que os fisioterapeutas que acreditam não ter os conhecimentos necessários para a utilização de PROM's têm 8,0 vezes maior probabilidade de não utilizar estes instrumentos.

Observou-se ainda que o modelo final explica 42,9% (R^2 Nagelkerke) da variância da não utilização de PROM's pelos fisioterapeutas e que, através do teste de *Hosmer and Lemeshow*, o valor de qui-quadrado obtido ($X^2(7)=3,514$) não apresenta significância estatística ($p=0,834$) (apêndice G). Dessa forma, e de acordo com Maroco (2007), podemos afirmar que o modelo estatístico obtido se ajusta aos dados de forma adequada. A capacidade discriminativa foi obtida através da área sob a curva ROC (figura 11), com o valor de 0,859 (85.9%), o que indica uma boa capacidade do modelo estatístico em distinguir a utilização da não utilização de PROM's por parte dos fisioterapeutas (Maroco, 2007).

Figura 11 - Representação da capacidade discriminativa do modelo estatístico através da curva ROC



Barreiras e facilitadores à utilização de PROM's

A partir dos dados qualitativos obtidos ($n=140$), foi realizada uma análise temática das respostas abertas através da qual foi possível obter 9 temas relativos aos aspetos individuais dos participantes ou fatores associados à sua prática clínica que limitassem ou promovessem a utilização de PROM's (barreiras e facilitadores).

Barreiras

Após a análise das respostas acerca das barreiras à utilização de PROM's, obtiveram-se 282 códigos (apêndice H) que foram agregados em 4 temas principais (apêndice I), nomeadamente: 1) as competências do fisioterapeuta; 2) as características dos utentes; 3) as condições de trabalho; e 4) as limitações dos instrumentos.

Tema 1: Competências do fisioterapeuta

Os participantes consideraram que a sua reduzida experiência profissional, bem como o limitado acesso a conteúdos acerca de PROM's na sua formação-base, os torna menos aptos para explicar e interpretar estes instrumentos. Esta falta de conhecimentos sobre a utilização de PROM's como método de avaliação de resultados promove também um menor interesse dos fisioterapeutas na sua utilização. De acordo com o reportado pelos participantes, a elevada desvalorização dos instrumentos, aliada à falta de rotina e esforço pessoal dos fisioterapeutas, constituem aspetos que fazem com que a sua utilização seja bastante reduzida.

Tema 2: Características dos utentes

Tendo em conta o que foi descrito pelos fisioterapeutas incluídos neste estudo, identificou-se que também algumas características dos utentes se podem revelar uma barreira à utilização destes instrumentos. Através das respostas obtidas, verificou-se que a idade avançada e a baixa literacia/escolaridade de muitos utentes parece contribuir para a incompreensão das questões presentes nos instrumentos e, conseqüentemente, para a necessidade de ajuda do fisioterapeuta no seu preenchimento. A frequente falha na interpretação das questões que constituem os PROM's promove ainda uma perceção errada e conseqüente desvalorização dos mesmos, sendo que as dificuldades percecionadas pelos utentes contribuem muitas vezes para uma falta de colaboração e de receptividade quando é solicitado o seu preenchimento.

Tema 3: Condições de trabalho

Os participantes descreveram um conjunto de características relativas ao seu local de trabalho, entre as quais se destacam os aspetos relacionados com a falta de tempo disponível para a aplicação de PROM's. Os fisioterapeutas referem que esta escassez é causada sobretudo pela elevada afluência de utentes no trabalho e que este volume significativo os impede de estar disponíveis para utilizar instrumentos de avaliação de resultados na sua prática diária. Os participantes referiram ainda como barreira a não utilização de PROM's pelos colegas de trabalho, conseqüência da falta de aceitação e do reduzido (ou inexistente) estímulo por parte do empregador. Esta desvalorização pela entidade patronal parece estar também associada ao reduzido hábito dos fisioterapeutas em

avaliar resultados, assim como à dificuldade em aceder aos instrumentos no local de trabalho, quer em papel (mais dispendioso), quer em formato digital. É assumida também como um fator limitativo à utilização de PROM's a reduzida autonomia dos fisioterapeutas no seu contexto laboral, estando frequentemente dependentes de uma prescrição médica prévia, que não prevê a inclusão destas medidas de avaliação de resultados.

Tema 4: Limitações dos instrumentos

Foram ainda identificadas algumas desvantagens relacionadas com os instrumentos autoreportados que se assumem como uma barreira à sua utilização. Nesta temática, foram destacadas a limitada fiabilidade de alguns instrumentos, a subjetividade associada aos mesmos e a falta de validação para a população portuguesa. Foram também mencionadas outras características, como a elevada dimensão e complexidade de alguns PROM's, o que requer um maior tempo necessário para o seu preenchimento e uma necessidade de análise dos dados obtidos.

Facilitadores

Com base nos dados obtidos sobre os facilitadores à utilização de PROM's, foram obtidos 262 códigos (apêndice J), tendo sido formados 5 temas principais (apêndice L), nomeadamente: 1) a valorização e acesso a PROM's no local de trabalho; 2) os conhecimentos dos fisioterapeutas; 3) o papel ativo dos utentes; 4) as vantagens dos instrumentos autoreportados e 5) a disponibilidade dos fisioterapeutas.

Tema 1: Valorização e acesso a PROM's no local de trabalho

A generalidade dos participantes identificou a valorização dos PROM's pelo empregador e colegas de trabalho como um aspeto facilitador à sua utilização, tendo a obrigatoriedade de utilização destes instrumentos sido também considerada. Esta importância atribuída no contexto laboral dos fisioterapeutas é bastante notória através de um estímulo da entidade patronal e apoio dos colegas de trabalho à sua utilização. A facilidade de acesso aos instrumentos no local de trabalho, seja em papel ou formato digital, podem contribuir para uma utilização consistente na sua prática clínica. Existiram ainda participantes que consideraram vantajosa a existência de uma plataforma (ou base de dados) digital, partilhada com os utentes, onde fosse possível registar e calcular automaticamente as

pontuações obtidas por cada utente, facilitando o processo de avaliação de resultados. Foi também referida como um aspeto facilitador a necessidade de objetivar os resultados da intervenção, contribuindo para a monitorização contínua da evolução clínica dos utentes. O exercício liberal/autonomia dos fisioterapeutas no seu contexto laboral foi também identificado como um aspeto que promove consideravelmente a utilização dos PROM's.

Tema 2: Conhecimentos dos fisioterapeutas

A perceção da importância dos PROM's pelos fisioterapeutas e a crença no seu benefício para os utentes foram considerados aspetos facilitadores para a sua utilização. Para tal, os participantes identificaram a formação académica e/ou complementar acerca destes instrumentos como um fator importante para aumentar a valorização e o reconhecimento da utilidade destas ferramentas. Também a gestão eficaz do tempo disponível pelos fisioterapeutas se revelou um aspeto potenciador para uma maior aplicação de PROM's e uma consequente educação aos utentes acerca da sua importância.

Tema 3: Papel ativo dos utentes

O maior envolvimento dos utentes no processo de reabilitação foi identificado como um elemento chave na aplicação de PROM's, uma vez que a sua motivação e disponibilidade aumenta de forma substancial o sucesso da utilização destes instrumentos. Aliada a esta recetividade, foram mencionados outros fatores, como a idade jovem dos utentes (com uma consequente maior literacia), que lhes permite uma maior aceitação da utilização e compreensão do valor clínico deste tipo de instrumentos. Esta perceção do valor dos PROM's pelos indivíduos, bem como a exigência quanto ao prognóstico da sua condição, foram igualmente referidas pelos fisioterapeutas como potenciadores de uma participação mais ativa e de uma maior autogestão da condição clínica.

Tema 4: Vantagens dos instrumentos autoreportados

Foram usualmente identificadas como facilitadoras à utilização de PROM's algumas características destes instrumentos, tendo a utilidade na avaliação dos resultados obtidos (monitorização do progresso do utente) sido o aspeto mais usualmente reportado. Foi também destacado pelos participantes o facto de os PROM's permitirem o aumento da motivação e integração do utente no seu tratamento, no qual existe um maior valor dado à avaliação de resultados, por ser um instrumento preenchido pela própria pessoa. Esta

inclusão permite também uma responsabilização dos indivíduos quanto à sua recuperação e promove a criação de uma relação de empatia entre o utente e o fisioterapeuta. De forma similar, foram reportadas também como vantagens o facto de serem medidas objetivas, que permitem verificar a evolução clínica dos utentes e caracterizar o comportamento de uma patologia ao longo do tempo. Para além da utilidade na avaliação de resultados, também a compreensão do utente de uma forma mais global e o auxílio na obtenção de um diagnóstico foram identificados como vantagens à sua utilização. Foram ainda ressaltados como facilitadores alguns atributos destes instrumentos, como a existência de questões curtas e intuitivas, de fácil compreensão, e a validação dos PROM's para a população portuguesa.

Tema 5: Disponibilidade dos fisioterapeutas

O aspeto da prática clínica dos participantes mais usualmente reportado como facilitador para a utilização de PROM's foi o tempo disponível em cada sessão de fisioterapia. A aplicação destes instrumentos foi identificada pelos fisioterapeutas como diretamente dependente do volume de utentes em que intervêm diariamente, sendo necessário um controlo da afluência de utentes e uma flexibilidade na gestão do tempo disponível com cada indivíduo. Associada à liberdade em gerir o tempo despendido para cada pessoa, os participantes referiram a existência de um maior período disponível por cada utente como fator essencial para a aplicação de instrumentos autoreportados.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo principal a caracterização da utilização de PROM's pelos fisioterapeutas com prática clínica em indivíduos com condições ME, em Portugal. Secundariamente, analisaram-se quais os fatores individuais e da prática clínica dos participantes que estão associados à não utilização de PROM's, assim como as barreiras e os facilitadores à sua implementação. Este capítulo pretende discutir os resultados obtidos, tendo em conta a questão de investigação e a evidência científica disponível.

Considerando a totalidade dos convites de participação enviados (543), a taxa de resposta a este estudo foi bastante baixa (22,3%). Contudo, tendo em conta os fisioterapeutas que aceitaram participar (194), 62,4% completaram o questionário, valor ligeiramente superior ao descrito por estudos semelhantes, nos quais se verificou uma taxa de resposta a rondar os 50% (Abrams et al., 2006; Al-Muqiren et al., 2017; Davies et al., 2014; Jette et al., 2009; Käll et al., 2016). Para além da sua reduzida dimensão, a amostra obtida neste estudo caracterizou-se por uma faixa etária sobretudo jovem ($\pm 29,4$ anos), pelo que tende a não ser uma representação ideal dos fisioterapeutas da área ME a nível nacional. A dificuldade relativamente à generalização dos resultados obtidos foi comum aos estudos de Jette et al. (2009) e Meerhoff et al. (2019), e concordante com os resultados anteriores de Ferreira et al. (2018), nos quais a amostra identificada revelou uma expressão maioritária do grupo dos 26-35 anos, relativamente à idade dos fisioterapeutas a exercer em Portugal. O facto de os fisioterapeutas inicialmente recrutados serem mais jovens (ex-estudantes de mestrado e membros do GIFME/APFisio), poderem nomear outros participantes da mesma faixa etária, e o número de fisioterapeutas formados em Portugal ter aumentado drasticamente nas últimas 2 décadas, pode ajudar a explicar esta característica da amostra deste estudo.

Embora a monitorização contínua de resultados em saúde seja reconhecida como um fator essencial para aumentar a qualidade dos serviços prestados (Abrams et al., 2006; APF, 2018; Braun et al., 2018; Käll et al., 2016; Kampstra et al., 2018), este estudo demonstrou um fraco hábito dos fisioterapeutas em avaliar resultados, uma vez que apenas 54,5% utiliza instrumentos de medida (IM) de forma consistente. Este valor é concordante com o estudo de Jette et al. (2009), no qual apenas 47,8% dos participantes referiram utilizar IM, e com o estudo de Braun et al. (2018), no qual apenas 48% utiliza IM em mais de 50% dos utentes. Este aspeto pode estar relacionado com o hábito pouco comum dos fisioterapeutas em realizarem registos clínicos na sua prática diária, face ao recomendado na literatura

(Kampstra et al., 2018). Tal como descrito nos estudos de M’Kumbuzi, Eales e Stewart (2002), Phillips, Stiller e Williams (2006) e Richoz, Ayer, Berchtold e Richoz (2011), os registos clínicos tendem a ser incompletos ou, muitas vezes, inexistentes, quer pela perceção errada dos fisioterapeutas em como não necessitam dos mesmos, quer pela desvalorização do empregador quanto à sua obrigatoriedade.

Para além da reduzida utilização de IM no geral, constatou-se também que os PROM’s são muito pouco utilizados pelos participantes (82,7% não os utiliza de forma frequente), contrariamente aos instrumentos centrados no observador, escolhidos por 70,5% dos inquiridos de uma forma consistente. Esta desigualdade referente à utilização dos IM é comum aos estudos de Meerhoff et al. (2019) e Östhols et al. (2018), já mencionados anteriormente, e pressupõe que ainda existe um pensamento maioritariamente biomédico, através do qual é exercida uma prática clínica estruturalista e centrada no profissional, sem a inclusão das perspetivas do utente na avaliação de resultados. Os poucos participantes deste estudo que referiram utilizar PROM’s de forma consistente (17,3%), apenas os aplicam em cerca de 37% dos seus utentes, o que está de acordo com os dados qualitativos deste estudo. Nestes dados, foi identificada a falha na compreensão destes instrumentos por muitos utentes (devido à baixa literacia/escolaridade) e a conseqüente necessidade de ajuda (e tempo disponível) do fisioterapeuta no seu preenchimento. A dificuldade dos utentes em interpretar PROM’s de forma autónoma tende a que estes os desvalorizem e não colaborem na sua aplicação, o que poderá contribuir para a sua reduzida implementação pelos fisioterapeutas (Davies et al., 2014; Östhols et al., 2018).

Foi possível observar que a maioria dos participantes que utiliza PROM’s, o faz com a finalidade de avaliar os resultados da sua intervenção (85,9%), comparativamente à sua utilização para obter um diagnóstico (35,9%) ou prognóstico (27,6%). Esta maior predisposição em utilizar PROM’s para avaliar resultados poderá ser explicada pelo facto de os fisioterapeutas receberem uma formação (académica e/ou complementar) na qual são estimulados a utilizar estas ferramentas sobretudo para essa finalidade. No que diz respeito à utilização de PROM’s para prever a evolução de uma condição clínica, a sua reduzida aplicação pode estar associada à limitada evidência científica relativamente a fatores de prognóstico para condições ME. Esta lacuna foi já reportada em revisões sistemáticas como a de Hayden, Chou, Hogg-Johnson e Bombardier (2009), na qual apenas um reduzido número de fatores preditivos teve uma associação significativa com a

incapacidade, em indivíduos com dor lombar aguda/sub-aguda, ou como a de Braun, Hanchard, Batterham, Handoll e Betthäuser (2016), na qual não foi possível determinar qualquer modelo de prognóstico que pudesse informar a prática clínica em relação aos resultados da fisioterapia, em indivíduos com lesões da coifa dos rotadores.

Por sua vez, e de acordo com o referido anteriormente, para formular um diagnóstico, a formação dos profissionais está tendencialmente direcionada para uma maior utilização de testes físicos (Cowell et al., 2018; Östhols et al., 2018; Synnott et al., 2015; Zangoni & Thomson, 2017). Tal como descrito por Greenhalgh (2009), a fraca utilização de PROM's para obtenção de um diagnóstico poderá também ser explicada pelo facto de estes instrumentos serem utilizados maioritariamente para diagnosticar fatores relacionados com componentes psicossociais, raramente avaliados pelos participantes. No presente estudo, foi possível observar que domínios como a depressão, a ansiedade e os distúrbios do sono, são nunca/raramente avaliados pelos profissionais (91,7%, 89,1% e 89,1%, respetivamente). De acordo com o estudo de Cowell et al. (2018), os fisioterapeutas demonstram uma falta de confiança em avaliar os fatores psicológicos, frequentemente evitando tópicos sensíveis, pois sentem que é uma abordagem intrusiva e que vai para além da sua área de intervenção. De forma oposta, segundo Macdermid et al. (2013), os utentes valorizam a atenção dos fisioterapeutas para os aspetos psicossociais da sua dor, o que salienta as dificuldades dos fisioterapeutas em aplicar uma prática centrada no utente.

Ainda relativamente aos domínios de avaliação nos quais utilizam PROM's, o parâmetro “intensidade da dor” foi a resposta mais consensual entre os participantes (81,4%), estando em concordância com os dados reportados na literatura, em que o domínio “dor” é usualmente o mais avaliado (Copeland et al., 2008; French, 2007; Macdermid et al., 2013; Östhols et al., 2018). O facto de a dor ser, na maior parte das vezes, o motivo pelo qual os utentes recorrem à fisioterapia, faz com que o objetivo principal dos fisioterapeutas seja promover a sua redução, o que parece transpor a necessidade de a caracterizar de forma contínua (Macdermid et al., 2013). Segundo French (2007) e Macdermid et al. (2013), este domínio pode também ser o mais utilizado pelos participantes devido à forma prática e rápida com que pode ser avaliado, através de instrumentos como, por exemplo, a escala numérica da dor, com a vantagem de poderem ser aplicados verbalmente durante a interação com os utentes, na sessão de fisioterapia. Para além da “intensidade da dor”, a maioria dos fisioterapeutas reportou também a “funcionalidade” como um domínio

frequentemente avaliado (51,3%), o que indica que estes domínios parecem ser os mais importantes para os fisioterapeutas (Chapman et al., 2011; Chiarotto et al., 2015; Östhols et al., 2018). No entanto, e em concordância com o já mencionado, alguns estudos qualitativos, acerca da perspectiva dos utentes, revelam que estes domínios não são indicadores fiáveis da perceção dos utentes acerca da sua evolução clínica, nem são os aspetos mais valorizados pelos mesmos (Beaton, Tarasuk, Katz, Wright & Bombardier, 2001; Evans, Bronfort, Maiers, Schulz & Hartvigsen, 2014; Gardner et al., 2015; Hush et al., 2009; Turk et al., 2008). Também nos estudos de Gardner et al. (2015) e Hush et al. (2009), foi já descrita a necessidade de serem considerados outros domínios de avaliação igualmente (ou mais) importantes para os indivíduos, de forma a que os potenciais benefícios do tratamento, percecionados como importantes pelos utentes, possam ser mensurados.

Está descrito na literatura que os aspetos psicossociais são usualmente mais associados à dor crónica, já que uma duração prolongada de dor, para além do normal período de cicatrização, pode resultar num conjunto de respostas psicológicas negativas (Gatchel & Theodore, 2008). Pelo facto de os utentes com dor crónica não acreditarem na resolução completa da sua dor, e de, a nível global, a maioria das condições ME serem crónicas, torna-se fundamental a avaliação dos domínios psicossociais (Cella et al., 2010; Dworkin et al., 2005; Gardner et al., 2015; Hush et al., 2009; Tugwell et al., 2011). Considerando os resultados deste estudo, 42,9% dos participantes intervêm em utentes que se encontram em fase aguda, o que pode contribuir, então, para a reduzida importância atribuída aos domínios psicossociais. Contudo, considerando os domínios mais utilizados pelos participantes, a avaliação de resultados dos fisioterapeutas portugueses parece ainda afastada de uma perspectiva biopsicossocial, visto que, internacionalmente, é consensual a necessidade de avaliação da influência dos fatores psicossociais em parâmetros como a dor, e nas condições ME de uma forma geral (Main, Foster & Buchbinder, 2010).

Esta disparidade pode também ser observada através do fraco alinhamento com os domínios presentes na PROMIS (quadro conceptual escolhido), o que sugere um pobre impacto e falta de relevância desta e outras iniciativas semelhantes (ICF, IMMPACT) na prática clínica dos fisioterapeutas, impedindo, por isso, que esta se encontre de acordo com as recomendações atuais (Pires et al., 2020). A prestação de cuidados de saúde está frequentemente condicionada pela valorização de determinados resultados pelos quais os

fisioterapeutas são remunerados, com a sobrevalorização dos domínios físicos, o que, por sua vez, se revela um problema para a validade da avaliação de resultados (Buchbinder et al., 2011; Main et al., 2010). Isto reforça a necessidade de ser seguida uma base conceptual comum de forma a facilitar a prática dos fisioterapeutas, assim como beneficiar os utentes e os restantes intervenientes no processo de reabilitação, como as entidades responsáveis pelo financiamento dos tratamentos (Hudon, Laliberté, Hunt & Fieldman, 2015; Pires et al., 2020).

Através da análise multivariada realizada, observou-se uma associação entre a não utilização de PROM's e o setor laboral dos participantes. Verificou-se que quem trabalha nos setores privado, convencionado e misto tem maior probabilidade de não utilizar PROM's, face aos que trabalham no setor público. Este aspeto parece estar em conformidade com os estudos de Braun et al. (2018), já mencionado, e de Casserley-Feeney, Bury, Daly e Hurley (2008), realizado na Irlanda, no qual se verificou que os utentes assistidos no setor público recebem, em média, um número de tratamentos 3,47 vezes superior aos indivíduos que são acompanhados no setor privado. No mesmo estudo, observou-se que a duração total dos tratamentos é também superior no setor público (diferença média de 5 semanas) face ao setor privado, o que poderá promover uma avaliação de resultados contínua e, por isso, explicar esta diferença na utilização de PROM's. Contudo, a menor afluência de utentes por hora e o maior pagamento pelos serviços prestados, condições verificadas no setor privado, poderia ajudar a aumentar a utilização destes instrumentos, pelo que estas são hipóteses a considerar em futuros estudos acerca desta temática.

Neste estudo, foi ainda possível verificar que os fisioterapeutas que acreditam não ter os conhecimentos necessários para a utilização de PROM's têm 8,0 vezes maior probabilidade de não utilizar estes instrumentos de forma consistente, o que está em concordância com o reportado no estudo de Meerhoff et al. (2019). Esta influência das competências e confiança dos profissionais revela-se importante, uma vez que, tal como referido por Östhols et al. (2018), os fisioterapeutas têm muita dificuldade em escolher os PROM's a utilizar, devido ao vasto leque de instrumentos disponíveis. A escolha de PROM's também pressupõe que os fisioterapeutas saibam como interpretar as suas propriedades psicométricas, nomeadamente, a validade, a fiabilidade e a capacidade de detetar mudanças (Deshpande, Sudeepthi, Rajan & Abdul Nazir, 2011), o que

habitualmente não acontece, tal como referido por Olsen, Bradley, Lomborg & Nortvedt (2013). Esta relação com as competências dos profissionais está também de acordo com os estudos de Al-Muqiren et al. (2017) e Braun et al. (2018), nos quais a variável “habilitações académicas” foi associada à utilização de PROM’s. Contudo, a associação entre a não utilização destes instrumentos e o grau académico dos participantes não se verificou no nosso estudo.

Através da análise efetuada, observou-se ainda que os fisioterapeutas que intervêm em mais de 1 utente por hora têm 3,1 vezes maior probabilidade de não utilizar PROM’s. A elevada afluência de utentes por hora é muitas vezes uma restrição organizacional identificada na literatura (Abrams et al., 2006; Boyce et al., 2014; Braun et al., 2018; Davies et al., 2014; Duncan & Murray, 2012), e encontra-se diretamente relacionada com o modelo atual de financiamento dos cuidados de saúde. Este modelo pode contribuir de forma significativa para que isto aconteça, uma vez que as entidades são remuneradas pela quantidade de serviços prestados e não pela qualidade dos mesmos (Vlaanderen et al., 2019). Este aspeto não permite, dessa forma, uma avaliação do benefício dos tratamentos realizados nem um pagamento em função das melhorias verificadas nos indivíduos.

Ainda relativamente ao seu contexto laboral, verificou-se que os profissionais com falta de estímulo no local de trabalho para aplicar PROM’s têm 8,6 vezes maior probabilidade de não os utilizar de forma frequente. De forma concordante, o suporte para a aplicação de PROM’s foi identificado no estudo de Meerhoff et al. (2019) como estando significativamente associado à sua utilização, sendo que nesse estudo se observou que os fisioterapeutas que trabalham na presença de um sistema de registos clínicos eletrónicos têm 2,47 vezes maior probabilidade de utilizar PROM’s face aos que não têm esse suporte. Este aspeto foi também corroborado pelos dados qualitativos, nos quais a desvalorização de PROM’s pelo empregador foi um dos aspetos mais reportados pelos participantes. Também a falta de apoio administrativo ou de remuneração adicional como incentivo à sua utilização foi mencionada pelos fisioterapeutas deste estudo, tal como identificado previamente nos estudos de Braun et al. (2018) e Davies et al. (2014).

Observou-se ainda que os fisioterapeutas que acreditam ter utentes que valorizam muito/concordam com a utilização de PROM’s apresentam 63,3% menor probabilidade de não os utilizar na prática clínica, relativamente aos que acreditam que os seus utentes não

estão recetivos a essa aplicação. Esta valorização pelos utentes havia já sido identificada em estudos qualitativos como o de Talib et al. (2018), no qual foram entrevistados 23 utentes dos cuidados de saúde primários. Neste estudo, uma das principais vantagens identificadas foi o facto de os PROM's permitirem a partilha dos sintomas de uma forma menos pessoal para os utentes que não se sintam tão confortáveis a fazê-lo (como em casos de ansiedade/depressão). Outra vantagem nomeada foi o facto de estes instrumentos despoletarem ações clínicas mais imediatas, pelo foco, por parte do profissional, nas respostas que melhor caracterizam os sintomas dos utentes. Também no estudo qualitativo de Meerhoff et al. (2019), 21 utentes de cuidados de saúde primários de fisioterapia consideraram que estes os PROM's lhes permitem exprimir os seus sintomas mais facilmente, estimulando também a autorreflexão acerca dos seus problemas.

Foi também observada uma elevada incongruência relativamente aos dados reportados pelos fisioterapeutas deste estudo, uma vez que 78,9% consideram a utilização de PROM's como uma prática de moderada a elevada importância, embora apenas 17,3% refira aplicá-los de forma consistente. Esta contradição parece indicar que os profissionais valorizam e sabem a importância dos PROM's, mas apenas de uma forma teórica, pois não os aplicam na sua prática clínica. Este aspeto é concordante com o descrito no estudo de Meerhoff et al. (2017), no qual se aponta para que os fisioterapeutas não estejam a implementar uma prática centrada no utente, uma vez que não recorrem aos instrumentos autoreportados para monitorizar a evolução do processo de reabilitação. Assume-se como necessária, por isso, a aplicação de um maior número de medidas/ações para que exista uma aplicação frequente de PROM's pelos profissionais (Meerhoff et al., 2017). Resultados como os do estudo de Käll et al. (2016), referido anteriormente, traduzido pelo aumento de apenas 5,7% na utilização de IM após implementação de um programa educacional, reforçam a necessidade de outro tipo de iniciativas (alternativas ou complementares à educação) que promovam o aumento da utilização de IM pelos fisioterapeutas (Käll et al., 2016).

Como promotor do efeito das estratégias educacionais, vários autores têm vindo a advogar o papel dos líderes de opinião e/ou tradutores de conhecimento, defendendo que a sua atuação poderá permitir um aumento efetivo do recurso aos PROM's pelos fisioterapeutas (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill & Squires, 2012; Rivard et al., 2010; Russell et al., 2010; Schreiber, Marchetti, Racicot & Kaminski, 2015). Essa troca de conhecimentos traduz-se por uma forte componente social, com a inclusão de diálogos e resolução de problemas

entre colegas com maior experiência clínica (Rivard et al., 2010). A transição destes conhecimentos para a prática clínica envolve, contudo, um processo de consciencialização, interesse e desejo em aplicar esse novo conhecimento pelos fisioterapeutas (Schreiber et al., 2015). De acordo com Käll et al. (2016) e Ketelaar, Russell, & Gorter (2008), esta disponibilidade pessoal, aliada a outros fatores contextuais já referidos, como o apoio institucional e a compensação financeira, são também estratégias que poderão motivar os profissionais em avaliar resultados de forma frequente.

Relativamente aos dados qualitativos reportados e à semelhança de estudos anteriores (Davies et al., 2014; Meerhoff et al., 2017; Östhols et al., 2018), os aspetos individuais e/ou da prática clínica destacados pelos inquiridos incluem-se simultaneamente como barreiras e como facilitadores à utilização de PROM's. Neste estudo, e de acordo com o mencionado anteriormente, a falta de competências dos fisioterapeutas foi considerada como uma barreira, dado os reduzidos conhecimentos acerca da aplicação de PROM's, que são frequentemente fruto da pobre abordagem destes conteúdos no contexto educacional destes profissionais (Davies et al., 2014; Meerhoff et al., 2017; Östhols et al., 2018). A falta de treino/hábito na aplicação destes instrumentos foi outra das barreiras identificadas, assim como o reduzido grau de aceitabilidade dos fisioterapeutas em utilizá-los de forma rotineira, à semelhança do reportado por Meerhoff et al. (2017). Tal como descrito por Östhols et al. (2018), grande parte dos profissionais refere não ter necessidade de utilizar PROM's na sua prática clínica por considerar que a sua avaliação (subjéctiva e objectiva) dos utentes é suficiente. Este tipo de pensamento é também comum ao observado nos estudos de Davies et al. (2014) e Meerhoff et al. (2017), nos quais os fisioterapeutas não reconheceram qualquer utilidade adicional dos PROM's na sua tomada de decisão clínica, manifestando resistência a uma mudança comportamental. Por sua vez, no nosso estudo, a realização de formação académica e/ou complementar sobre estes instrumentos foi identificada como um aspeto facilitador para melhorar as competências dos profissionais. Tal como descrito no estudo de Östhols et al. (2018), esta melhoria pode traduzir-se não só por facilitar a escolha dos PROM's, como também por aumentar o reconhecimento dos fisioterapeutas acerca da utilidade destes instrumentos na compreensão da perspectiva dos utentes.

Algumas características dos utentes foram também mencionadas como barreiras e como facilitadores. De forma concordante com o estudo de Östhols et al. (2018), a idade

avançada é identificada como uma barreira, pois pressupõe uma menor literacia e consequente maior dificuldade na compreensão dos PROM's. Para além desta característica, a falta de receptividade e a desvalorização pelos utentes foram também referidas no nosso estudo como barreiras à utilização destes instrumentos. Segundo Wiering, de Boer e Delnoij (2017), a ausência de receptividade dos utentes pode estar relacionada com o facto de os PROM's refletirem os sintomas da população em geral, negligenciando as queixas menos comuns e, muitas vezes, aquilo que os utentes consideram importante para si. No estudo de Wiering et al. (2017), foi também possível verificar que a obrigatoriedade de resposta a todos os itens de alguns instrumentos faz com que os utentes não se mostrem motivados a preenchê-los, por não manifestarem um interesse específico em determinada(s) atividade(s) ou tarefa(s). Um exemplo deste aspeto é a necessidade de preencher o item "corrida" no instrumento HOOS-PS em utentes submetidos a artroplastia da anca (Wiering et al., 2017). A ausência da opção de resposta "não aplicável" em PROM's como este pode conduzir à baixa colaboração dos utentes no seu preenchimento. Contrariamente, e tal como verificado nos resultados obtidos através da regressão logística, a elevada motivação e disponibilidade dos utentes revela-se promotora da aplicação de PROM's pelos fisioterapeutas.

Aliada a esta receptividade, e em concordância com o reportado no estudo de Jette et al. (2009), foram ainda mencionados outros fatores pelos participantes, como a idade jovem dos utentes (com uma consequente maior literacia), que lhes permite uma maior aceitação da utilização e compreensão do valor clínico deste tipo de instrumentos. Esta perceção do valor dos PROM's pelos indivíduos, bem como a exigência quanto ao prognóstico da sua condição, foram igualmente referidas pelos fisioterapeutas como potenciadores de uma participação mais ativa e de uma maior autogestão da condição clínica. Contudo, e à semelhança do estudo de Brinkman, Barten, Pisters e Verheij (2019), os resultados deste estudo não revelaram qualquer associação significativa entre a idade dos utentes e a não utilização de PROM's. Este aspeto sugere que as respostas abertas dos participantes podem não ter resultado de uma atitude reflexiva profunda relativamente àquilo que são os reais motivos da fraca utilização destes instrumentos na sua prática clínica. Características como a idade dos utentes não poderão, portanto, justificar a pobre utilização destes instrumentos pelos fisioterapeutas, tendo outros fatores individuais sido já referidos na literatura como uma possível causa. Segundo Synnott et al. (2015), um desses fatores poderá ser, por

exemplo, a falta de competências dos profissionais relativamente ao processo de raciocínio clínico, que se reflete muitas vezes pela incapacidade dos fisioterapeutas em realizar um diagnóstico em utentes que não apresentem qualquer problema estrutural. Esta falta de preparação traduz-se pelo facto de os profissionais sentirem a sua competência ameaçada e, por isso, terem tendência a atribuir uma maior responsabilidade ao próprio utente, sem refletirem de forma consciente acerca do seu comportamento profissional.

No contexto laboral, a principal barreira à utilização de PROM's assumida pelos fisioterapeutas foi, à semelhança do observado por Meerhoff et al. (2017), a falta de tempo disponível para a sua aplicação, dado o elevado volume de utentes por hora, fator previamente identificado neste estudo como associado à não utilização de PROM's. Associados à escassez de tempo, foram referidos outros fatores neste estudo, como a falta de recursos humanos no local de trabalho, que se mostra uma condição agravante para os fisioterapeutas, tal como reportado por Davies et al. (2014). Esta inexistência de qualquer auxílio por outro colega de trabalho (ex: *staff* administrativo) na recolha e análise dos dados reportados pelos utentes já havia sido também reportada em estudos anteriores (Davies et al., 2014; Jette et al., 2009).

Neste estudo, e tal como descrito por Meerhoff et al. (2017) e Östhols et al. (2018), a falta de acesso dos profissionais a PROM's no seu local de trabalho foi outro dos aspetos mencionados como inibidores da sua utilização, tendo sido diretamente relacionada com a desvalorização pelo empregador e/ou colegas de trabalho. De acordo com a revisão sistemática de Kampstra et al. (2018), e tal como reportado anteriormente, a falta de acesso a estes instrumentos pode ser colmatada com a existência de um sistema (ou plataforma) digital, na qual os fisioterapeutas possam registar e analisar as pontuações obtidas de forma rápida e prática. Através dos resultados obtidos neste estudo, verificou-se uma atitude positiva dos profissionais perante a possibilidade de poderem efetuar uma avaliação de resultados com PROM's de forma eletrónica em detrimento de registos em papel, à semelhança do que foi referido nos estudos de Braun et al. (2018) e Richoz et al. (2011).

Os fisioterapeutas reportaram também algumas características dos PROM's como responsáveis pela sua utilização menos frequente, como o facto de alguns destes instrumentos serem de elevada dimensão e complexidade, tal como verificado por Meerhoff et al. (2017). Também a falta de fiabilidade e validade de alguns PROM's foi

reportada pelos participantes como um obstáculo à sua utilização, estando em concordância com o observado no estudo de Östhols et al. (2018). De acordo com Richoz et al. (2011), os profissionais são por vezes condicionados pelo empregador em utilizar determinados PROM's em detrimento de outros, não existindo um livre-arbítrio na sua escolha. A revisão sistemática de Foster, Croot, Brazier, Harris e O'Cathain (2018) demonstrou que, para ser facilitada a sua implementação, a escolha de um PROM deverá ser feita tendo em conta a sua validade, relevância e utilidade para o fisioterapeuta, assim como o contexto organizacional em que o mesmo está inserido e o utente no qual vai ser aplicado. Por sua vez, e tal como no estudo de Östhols et al. (2018), foram também identificadas neste estudo várias características dos PROM's como sendo facilitadoras à sua utilização, como a monitorização contínua da evolução clínica dos utentes, o aumento da envolvimento e motivação dos mesmos e a utilidade na formulação de um diagnóstico clínico.

Limitações

Para participar neste estudo, foi realçado na carta explicativa que apenas eram considerados como elegíveis os fisioterapeutas que cumprissem os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. No entanto, considerando os meios de recrutamento da amostra descritos, não foi possível aferir se pelo menos 50% dos utentes semanais dos participantes tinham condições ME. O questionário utilizado na recolha de dados foi distribuído através do método “bola de neve”, não tendo sido obtida, no entanto, uma amostra representativa de todos os fisioterapeutas ME a nível nacional, nem alcançado o número de indivíduos previamente calculado como necessário para uma extrapolação a nível nacional (361 participantes). A reduzida taxa de submissão final do *survey* pelos participantes (62,4%) poderá também condicionar a validade externa deste estudo.

O facto de os dados recolhidos acerca da prática clínica e comportamento dos profissionais terem sido autoreportados poderá ter levado à presença de um viés de cortesia ou desejabilidade social, dado que os participantes podem dar as respostas que considerem socialmente aceites, e não as que correspondem à sua realidade clínica. Este viés leva a que os fisioterapeutas a trabalhar em condições ME em Portugal possam ter uma utilização ainda menor de PROM's do que aquela que foi reportada. Poderá também ser identificado neste estudo o viés de informação, devido à possibilidade de uma incorreta interpretação dos itens do questionário (por ser preenchido sem a presença do investigador). O facto das

respostas dos fisioterapeutas terem estado dependentes da sua memória constitui também um viés. A amostra deste estudo, por ser sobretudo jovem, pode também ser uma limitação. O método de recolha de dados escolhido (questionário *online*) poderá ter facilitado a participação de fisioterapeutas jovens, mais proficientes em conteúdo digital, e inibido a participação daqueles que trabalhem em locais sem acesso à *internet* ou de fisioterapeutas que sejam mais velhos, com menor facilidade em utilizar este tipo de conteúdos.

Nos itens de resposta aberta (secção 4), o facto de os participantes terem reportado muitos aspetos acerca dos quais haviam sido questionados previamente na componente quantitativa leva a crer que não existiu uma reflexão aprofundada acerca dos mesmos, mas sim uma influência nas suas respostas. O facto de nem todos os fisioterapeutas terem respondido às questões de resposta aberta poderá ainda sugerir a existência de outras barreiras e facilitadores para além dos que foram reportados. Para colmatar estas limitações, é necessário que, no futuro, sejam realizados estudos qualitativos com metodologias diferentes, como, por exemplo, incluindo entrevistas individuais seguidas de uma análise interpretativa dos dados (Moffatt, Goodwin & Hendrick, 2018; Zangoni & Thomson, 2017).

Pontos fortes

Este estudo permitiu compreender quais os fatores sociodemográficos e/ou da prática clínica dos fisioterapeutas que estão associados à não utilização de PROM's em indivíduos com condições ME, em Portugal. Dessa forma, foi possível, então, identificar o perfil dos fisioterapeutas que não utilizam estes instrumentos de forma consistente na sua prática clínica. Temáticas de investigação como esta são usualmente influenciadas pelo contexto e cultura em que se inserem, pelo que este estudo contribui para um maior conhecimento deste tópico no contexto português. A utilização de itens de resposta aberta acerca das barreiras e facilitadores à utilização de PROM's foi também considerada uma vantagem, uma vez que, dessa forma, os participantes não foram influenciados por categorias ou respostas predefinidas, e puderam identificar um maior espectro de fatores. Os dados obtidos poderão ainda informar das vias mais efetivas para aumentar a utilização de PROM's, permitindo a comparação com estudos semelhantes realizados noutros países.

Implicações para a prática clínica e investigações futuras

Tendo em conta a discordância entre a evidência científica atual e a prática clínica real dos fisioterapeutas em Portugal, parece urgente a necessidade de uma maior investigação acerca da temática da avaliação de resultados. A dificuldade ainda manifestada pelos fisioterapeutas em interpretar os resultados avaliados confirma esta carência, sendo que futuras estratégias educacionais terão de garantir que este é um conceito verdadeiramente entendido pelos profissionais. Deverá também, por isso, haver uma reflexão sobre a forma como se transmitem este tipo de conteúdos no ensino graduado da fisioterapia, tendo em conta que na sua prática clínica, os fisioterapeutas continuam a não utilizar PROM's nem avaliar resultados de forma frequente. O perfil biomédico e o desconhecimento acerca da prática centrada no utente podem, eventualmente, estar a contribuir para este comportamento, sendo que os futuros profissionais terão que ficar mais capacitados para realizar uma abordagem biopsicossocial na sua prática clínica.

Também no contexto profissional se assume como importante a aplicação de programas de sensibilização no que respeita à implementação de PROM's pelos fisioterapeutas. Tal como reportado pelos participantes, o investimento de tempo e recursos pelas entidades empregadoras, assim como a existência de incentivos financeiros, poderá aumentar a confiança dos profissionais, assim como o compromisso dos mesmos em prestar cuidados de saúde de qualidade. Dado o facto de a aplicação de PROM's implicar um dispêndio exagerado do reduzido tempo disponível pelos fisioterapeutas e utentes nas sessões de fisioterapia, devem ainda ser disponibilizados pelas empresas novos meios para avaliação de resultados. Nomeadamente, a existência de *softwares* eletrónicos de registo clínico, tal como reportado pelos participantes deste estudo como um aspeto facilitador à utilização destes instrumentos. A utilidade destas ferramentas no registo e análise automática dos PROM's poderá conferir aos fisioterapeutas uma ajuda essencial relativamente à gestão dos seus utentes, assim como à decisão de atribuir uma alta clínica ou referenciar casos para outro profissional de saúde.

Por fim, a realização de mais estudos qualitativos como este, revela-se muito importante na identificação dos fatores que permitem um aumento mais efetivo da utilização de PROM's. Estes poderão, a longo prazo, contribuir para a delineação de estratégias de educação que contribuam para uma mudança comportamental efetiva dos fisioterapeutas em Portugal, acerca da valorização e utilização de PROM's na prática clínica.

CONCLUSÃO

Apesar da amostra reduzida, este estudo mostrou que os fisioterapeutas a exercer em condições ME, em Portugal, apresentam uma pobre utilização de instrumentos autoreportados (PROM's) na sua prática clínica, assim como falta de hábito em avaliar resultados de uma forma geral. Através da identificação dos fatores individuais e contextuais associados, foi possível também traçar o perfil dos fisioterapeutas que tendem a não utilizar PROM's. Os profissionais que exercem fora do setor público, têm mais de 1 utente por hora e não têm estímulo para a sua utilização no local de trabalho, têm maior probabilidade de não utilizar PROM's de forma consistente. É também mais provável que os fisioterapeutas que acreditam que os seus utentes não são recetivos a PROM's e consideram não ter os conhecimentos necessários para a sua aplicação, não utilizem estes instrumentos na sua prática clínica. O facto dos PROM's serem considerados ferramentas importantes pelos profissionais, embora sejam aplicados poucas vezes pelos mesmos, sugere que a temática da avaliação de resultados e da prática centrada no utente ainda não esteja totalmente compreendida pelos fisioterapeutas.

As principais barreiras identificadas à utilização de PROM's foram a falta de competências dos fisioterapeutas, a ausência de recetividade dos utentes, as condições de trabalho desfavoráveis e as limitações psicométricas de alguns instrumentos. Por sua vez, os aspetos facilitadores foram a sua valorização e acesso no local de trabalho, a disponibilidade dos utentes, a formação dos fisioterapeutas, as vantagens dos PROM's e a disponibilidade dos fisioterapeutas para a sua aplicação durante os tratamentos.

Os resultados deste estudo confirmam a necessidade de uma maior investigação nesta temática, servindo de base para estudos semelhantes, no futuro, bem como para ações de âmbito educacional e profissional que promovam a avaliação de resultados através de instrumentos autoreportados em contexto de prática clínica real. A avaliação de resultados através de PROM's é recomendada internacionalmente, visto ser parte integrante de uma prática informada pela evidência e centrada no utente. Dessa forma, a sua implementação de forma consistente poderá permitir uma mudança efetiva de paradigma nos cuidados de saúde e contribuir, a longo prazo, para uma redução dos custos inerentes ao tratamento de condições ME.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbafati, C., Machado, D. B., Cislighi, B., Salman, O. M., Karanikolos, M., McKee, M., Abbas, K. M., Brady, O. J., Larson, H. J., Trias-Llimós, S., Cummins, S., Langan, S. M., Sartorius, B., Hafiz, A., Jenabi, E., Mohammad Gholi Mezerji, N., Borzouei, S., Azarian, G., Khazaei, S., ... Zhu, C. (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. *The Lancet*, *396*(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Abrams, D., Davidson, M., Harrick, J., Harcourt, P., Zylinski, M., & Clancy, J. (2006). Monitoring the change: Current trends in outcome measure usage in physiotherapy. *Manual Therapy*, *11*(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.math.2005.02.003>
- Al-Muqiren, T. N., Al-Eisa, E. S., Alghadir, A. H., & Anwer, S. (2017). Implementation and use of standardized outcome measures by physical therapists in Saudi Arabia: Barriers, facilitators and perceptions. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2693-2>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2018). O Perfil do Fisioterapeuta. In *Associação Portuguesa De Fisioterapeutas* (pp. 1–21).
- 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>
- Beaton, D. E., Tarasuk, V., Katz, J. N., Wright, J. G., & Bombardier, C. (2001). “Are you better?” A qualitative study of the meaning of recovery. *Arthritis Care and Research*, *45*(3), 270–279. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200106\)45:3<270::AID-ART260>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200106)45:3<270::AID-ART260>3.0.CO;2-T)
- Bolarinwa, O. A. (2015). *Principles and Methods of Validity and Reliability Testing of Questionnaires Used in Social and Health Science Researches*. 195–201. <https://doi.org/10.4103/1117-1936.173959>
- Boyce, M. B., Browne, J. P., & Greenhalgh, J. (2014). The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of

healthcare: A systematic review of qualitative research. *BMJ Quality and Safety*, 23(6), 508–518. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002524>

Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Pereira, L., Mourão, A. F., Silva, I., & Laires, P. (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. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 2. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>

Braun, Virginia; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Braun, C., Hanchard, N. C., Batterham, A. M., Handoll, H. H., & Betthäuser, A. (2016). Prognostic models in adults undergoing physical therapy for rotator cuff disorders: Systematic review. *Physical Therapy*, 96(7), 961–971. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150475>

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., Woolf, A., Dreinhöfer, K., Homb, N., Hoy, D., Kopansky-Giles, D., Akesson, K., & March, L. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 96, 366–368.

Brinkman, M., Barten, D. J., Pisters, M., & Verheij, R. (2019). Current use of PROMs and factors associated with their use in patients with nonspecific low back pain. *Learning Health Systems*, 3(4), 1–9. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10194>

Buchbinder, R., Batterham, R., Elsworth, G., Dionne, C. E., Irvin, E., & Osborne, R. H. (2011). A validity-driven approach to the understanding of the personal and societal burden of low back pain: Development of a conceptual and measurement model. *Arthritis Research and Therapy*, 13(5). <https://doi.org/10.1186/ar3468>

Casserley-Feeney, S. N., Bury, G., Daly, L., & Hurley, D. A. (2008). Physiotherapy for low back pain: Differences between public and private healthcare sectors in Ireland-A

retrospective survey. *Manual Therapy*, 13(5), 441–449. <https://doi.org/10.1016/j.math.2007.05.017>

Cella, D., Choi, S. W., Condon, D. M., Schalet, B., Hays, R. D., Rothrock, N. E., Yount, S., Cook, K. F., Gershon, R. C., Amtmann, D., DeWalt, D. A., Pilkonis, P. A., Stone, A. A., Weinfurt, K., & Reeve, B. B. (2019). PROMIS® Adult Health Profiles: Efficient Short-Form Measures of Seven Health Domains. *Value in Health*, 22(5), 537–544. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.02.004>

Cella, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Yount, S., Amtmann, D., Bode, R., Buysse, D., Choi, S., Cook, K., Devellis, R., Dewalt, D., Fries, J. F., Gershon, R., Hahn, E. A., Lai, J. S., Pilkonis, P., Revicki, D., ... Hays, R. (2010). The patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1179–1194. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.011>

Chapman, J. R., Norvell, D. C., Hermsmeyer, J. T., Bransford, R. J., Devine, J., McGirt, M. J., & Lee, M. J. (2011). Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine*, 36(21 SUPPL.). <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31822ef74d>

Chiarotto, A., Deyo, R. A., Terwee, C. B., Boers, M., Buchbinder, R., Corbin, T. P., Costa, L. O. P., Foster, N. E., Grotle, M., Koes, B. W., Kovacs, F. M., Lin, C. W. C., Maher, C. G., Pearson, A. M., Peul, W. C., Schoene, M. L., Turk, D. C., van Tulder, M. W., & Ostelo, R. W. (2015). Core outcome domains for clinical trials in non-specific low back pain. *European Spine Journal*, 24(6), 1127–1142. <https://doi.org/10.1007/s00586-015-3892-3>

Copeland, J. M., Taylor, W. J., & Dean, S. G. (2008). Factors Influencing the Use of Outcome Measures for Patients With Low Back Pain: A Survey of New Zealand Physical Therapists. *Physical Therapy*, 88(12), 1492–1505. <https://doi.org/10.2522/ptj.20080083>

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>

- Davies, C., Nitz, A. J., Mattacola, C. G., Kitzman, P., Howell, D., Viele, K., Baxter, D., & Brockopp, D. (2014). Practice patterns when treating patients with low back pain: A survey of physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(6), 399–408. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.877547>
- Deshpande, P., Sudeepthi, Bl., Rajan, S., & Abdul Nazir, C. (2011). Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspectives in Clinical Research*, 2(4), 137. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.86879>
- Duncan, E. A. S., & Murray, J. (2012). The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-96>
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., Kerns, R. D., & Stucki, G. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials. In *Pain* (Vol. 113, pp. 9–19).
- El-sobkey, S. B., & Helmy, A. M. (2012). Evidence-based practice and standardized outcome measures: Egyptian physical therapists' beliefs, perceptions and adoption. *World Applied Sciences Journal*, 16(9), 1282–1291. http://www.researchgate.net/publication/230851962_Evidence-based_practice_and_standardized_outcome_measures_Egyptian_physical_therapists'_beliefs_perceptions_and_adoption
- Evans, R., Bronfort, G., Maiers, M., Schulz, C., & Hartvigsen, J. (2014). “I know it’s changed”: A mixed-methods study of the meaning of Global Perceived Effect in chronic neck pain patients. *European Spine Journal*, 23(4), 888–897. <https://doi.org/10.1007/s00586-013-3149-y>
- Eysenbach, G., & Street, E. (2004). Improving the Quality of Web Surveys : The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES) Corresponding Author : Related Article : *Journal of Medical Internet Research*, 6, 1–6. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
- Ferreira, L. E., Vital, E., & Jorge, P. C. (2018). Caraterização da Atividade Profissional dos Fisioterapeutas. *Associação Portuguesa Dos Fisioterapeutas*, 20.
- 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(205), 1–9.
- French, H. P. (2007). Physiotherapy management of osteoarthritis of the hip : a survey of current practice in acute hospitals and private practice in the Republic of Ireland. *Physiotherapy*, 93, 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.12.008>
- Gardner, T., Refshauge, K., McAuley, J., Goodall, S., Hübscher, M., & Smith, L. (2015). Patient led goal setting in chronic low back pain-What goals are important to the patient and are they aligned to what we measure? *Patient Education and Counseling*, 98(8), 1035–1038. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.012>
- Gatchel, R. J., & Theodore, B. R. (2008). Evidence-based outcomes in pain research and clinical practice. *Pain Practice*, 8(6), 452–460. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2008.00239.x>
- Gorini, A., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2013). *The use of PROMs to promote patient empowerment and improve resilience in health care systems*. January, 1–7.
- Greenhalgh, J. (2009). The applications of PROs in clinical practice: What are they, do they work, and why? *Quality of Life Research*, 18(1), 115–123. <https://doi.org/10.1007/s11136-008-9430-6>
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(50).
- Hayden, J. A., Chou, R., Hogg-Johnson, S., & Bombardier, C. (2009). Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results-guidance for future prognosis reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(8), 781-796.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.09.004>
- Hudon, A., Laliberté, M., Hunt, M., & Feldman, D. E. (2015). Quality of physiotherapy services for injured Workers compensated by Workers' Compensation in Quebec: A focus group study of physiotherapy professionals. *Healthcare Policy*, 10(3), 32–47.

<https://doi.org/10.12927/hcpol.2015.24171>

Hush, J. M., Refshauge, K., Sullivan, G., De Souza, L., Maher, C. G., & McAuley, J. H. (2009). Recovery: What does this mean to patients with low back pain? *Arthritis Care and Research*, *61*(1), 124–131. <https://doi.org/10.1002/art.24162>

IAPO. (2007). What is patient-centred health care? A review of definitions and principles. *International Alliance of Patient's Organizations*, 1–37.

Idzerda, L., Rader, T., Tugwell, P., Boers, M., Idzerda, L., Rader, T., Tugwell, P., & Boers, M. (2014). Can We Decide Which Outcomes Should Be Measured in Every Clinical Trial? A Scoping Review of the Existing Conceptual Frameworks and Processes to Develop Core Outcome Sets. *The Journal of Rheumatology*, *41*(5), 986–993. <https://doi.org/10.3899/jrheum.131308>

Jellema, P., van der Windt, D. A. W. M., van der Horst, H. E., Stalman, W. A. B., & Bouter, L. M. (2007). Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: Comparison of four instruments. *British Journal of General Practice*, *57*(534), 15–22.

Jette, D. U., Halbert, J., Iverson, C., Miceli, E., & Shah, P. (2009). Use of Standardized Outcome Measures in Physical Therapist Practice: Perceptions and Applications. *Physical Therapy*, *89*(2), 125–135. <https://doi.org/10.2522/ptj.20080234>

Käll, I., Larsson, M. E. H., & Bernhardsson, S. (2016). Use of outcome measures improved after a tailored implementation in primary care physiotherapy: a prospective, controlled study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *22*(5), 668–676. <https://doi.org/10.1111/jep.12513>

Kamper, S. J. (2019). Fundamentals of measurement: Linking evidence to practice. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, *49*(2), 114–115. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0701>

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>

Ketelaar, M., Russell, D. J., & Gorter, J. W. (2008). The challenge of moving evidence-

based measures into clinical practice: Lessons in knowledge translation. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 28(2), 191–206. <https://doi.org/10.1080/01942630802192610>

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>

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & Sullivan, P. P. B. O. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from quality clinical practice guidelines: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54, 79–86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>

M’Kumbuzi, V., Eales, C., & Stewart, A. (2002). An analysis of the completion of physiotherapy clinical records in Gauteng Province. *South African Journal of Physiotherapy*, 58(1), 18–27.

Macdermid, J. C., Walton, D. M., Côté, P., Santaguida, P. L., Gross, A., & Carlesso, L. (2013). Use of Outcome Measures in Managing Neck Pain: An International Multidisciplinary Survey. *The Open Orthopaedics Journal*, 7, 506–520.

Main, C. J., Foster, N., & Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(2), 205–217. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.12.012>

March, L., Smith, E. U. R., 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 and Research: Clinical Rheumatology*, 28(3), 353–366. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.08.002>

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS.pdf (3ª Edição)*. Edições Sílabo.

Meerhoff, G. A., Dulmen, S. A. Van, Maas, M. J. M., Heijblom, K., Sanden, M. W. G. N. Der, & Wees, P. J. Van Der. (2017). Development and Evaluation of an Implementation Strategy for Collecting Data in a National Registry and the Use of Patient-Reported

Outcome Measures in Physical Therapist Practices: Quality Improvement Study. *Physical Therapy*, 97(8), 837–851.

Meerhoff, G. A., van Dulmen, S. A., Crujlsberg, J. K., Nijhuis-Van der Sanden, M. W. G., & Van der Wees, P. J. (2019). Which factors influence the use of patient-reported outcome measures in dutch physiotherapy practice? A cross-sectional study. *Physiotherapy Canada*, 72(1), 63–70. <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0028>

Meerhoff, G. A., van Dulmen, S. A., Maas, M. J. M., Bakker-Jacobs, A., Nijhuis-Van der Sanden, M. W. G., & van der Wees, P. J. (2019). Exploring the perspective of patients with musculoskeletal health problems in primary care on the use of patient-reported outcome measures to stimulate quality improvement in physiotherapist practice; a qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 00(00), 1–12. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1678205>

Moffatt, F., Goodwin, R., & Hendrick, P. (2018). Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: Understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Research and Development*, 19(2), 121–130. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000615>

Olsen, N. R., Bradley, P., Lomborg, K., & Nortvedt, M. W. (2013). Evidence based practice in clinical physiotherapy education: A qualitative interpretive description. *BMC Medical Education*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-52>

Östhols, S., Boström, C., & Rasmussen-Barr, E. (2018). Clinical assessment and patient-reported outcome measures in low-back pain—a survey among primary health care physiotherapists. *Disability and Rehabilitation*, 41(20), 2459–2467. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1467503>

Phillips, A., Stiller, K., & Williams, M. (2006). Medical Record Documentation: The Quality of Physiotherapy Entries. *International Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(3), 1–17. <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol4num3/phillips.pdf?referer=www.clickfind.com.au>

Pires, D., Cruz, E. B., Gomes, L. A., & Nunes, C. (2020). How do physical therapists measure treatment outcomes in adults with chronic low back pain? A systematic review. *Physical Therapy*, 1–29.

- Richoz, C., Ayer, A., Berchtold, A., & Richoz, S. (2011). Record keeping by Swiss physiotherapists: A national survey of knowledge regarding legal requirements. *Swiss Medical Weekly*, *141*(OCTOBER), 1–10. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13291>
- Rivard, L. M., Russell, D. J., Roxborough, L., Ketelaar, M., Bartlett, D. J., & Rosenbaum, P. (2010). Promoting the use of measurement tools in practice: A mixed-methods study of the activities and experiences of physical therapist knowledge brokers. *Physical Therapy*, *90*(11), 1580–1590. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090408>
- Russell, D. J., Rivard, L. M., Walter, S. D., Rosenbaum, P. L., Roxborough, L., Cameron, D., Darrah, J., Bartlett, D. J., Hanna, S. E., & Avery, L. M. (2010). Using knowledge brokers to facilitate the uptake of pediatric measurement tools into clinical practice: A before-after intervention study. *Implementation Science*, *5*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-92>
- Schreiber, J., Marchetti, G. F., Racicot, B., & Kaminski, E. (2015). The use of a knowledge translation program to increase use of standardized outcome measures in an outpatient pediatric physical therapy clinic: Administrative case report. *Physical Therapy*, *95*(4), 613–629. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130434>
- Sebbag, E., Felten, R., Sagez, F., Sibilila, 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>
- Swinkels, R. A. H. M., Meerhoff, G. M., Custers, J. W. H., van Peppen, R. P. S., Beurskens, A. J. H. M., & Wittink, H. (2015). Using outcome measures in daily practice: Development and evaluation of an implementation strategy for physiotherapists in the Netherlands. *Physiotherapy Canada*, *67*(4), 357–364. <https://doi.org/10.3138/ptc.2014-28>
- Swinkels, R. A. H. M., Van Peppen, R. P. S., Wittink, H., Custers, J. W. H., & Beurskens, A. J. H. M. (2011). Current use and barriers and facilitators for implementation of standardised measures in physical therapy in the Netherlands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *12*(Figure 1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-106>
- Synnott, A., O’Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O’Sullivan, P., & O’Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back

pain and psychosocial factors that influence recovery: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>

Talib, T. L., DeChant, P., Kean, J., Monahan, P. O., Haggstrom, D. A., Stout, M. E., & Kroenke, K. (2018). A qualitative study of patients' perceptions of the utility of patient-reported outcome measures of symptoms in primary care clinics. *Quality of Life Research*, 27(12), 3157–3166. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1968-3>

Tugwell, P. S., Petersson, I. F., Boers, M., Gossec, L., Kirwan, J. R., Rader, T., Sanderson, T. C., Van De Laar, M. A., Ueffing, E., & Witter, J. P. (2011). Domains selection for patient-reported outcomes: Current activities and options for future methods. *Journal of Rheumatology*, 38(8), 1702–1710. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110389>

Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., Cleeland, C. S., Cowan, P., Farrar, J. T., Hertz, S., Max, M. B., & Rappaport, B. A. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: An IMMPACT survey of people with pain. *Pain*, 137(2), 276–285. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.002>

U.S. Department of Health and Human Services. (2006). Guidance for industry: Patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labeling claims: Draft guidance. In *Health and Quality of Life Outcomes* (Vol. 4, pp. 1–20). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-79>

Vlaanderen, F. P., Tanke, M. A., Bloem, B. R., Faber, M. J., Eijkenaar, F., Schut, F. T., & Jeurissen, P. P. T. (2019). Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. *European Journal of Health Economics*, 20(2), 217–232. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0989-8>

Weigl, M., Angst, F., Aeschlimann, A., Lehmann, S., & Stucki, G. (2006). Predictors for response to rehabilitation in patients with hip or knee osteoarthritis: a comparison of logistic regression models with three different definitions of responder. *Osteoarthritis and Cartilage*, 14(7), 641–651. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2006.01.001>

Wiering, B., de Boer, D., & Delnoij, D. (2017). Asking what matters: The relevance and use of patient-reported outcome measures that were developed without patient involvement. *Health Expectations*, 20(6), 1330–1341. <https://doi.org/10.1111/hex.12573>

Zangoni, G., & Thomson, O. P. (2017). 'I need to do another course' - Italian physiotherapists' knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. *Musculoskeletal Science and Practice*, 27, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2016.12.015>

APÊNDICES

Apêndice A – Formulário de Consentimento Informado para Participantes.....	58
Apêndice B – Ficha Informativa para Participantes	60
Apêndice C – Questionário do Estudo Principal	64
Apêndice D – Relatório do Estudo Piloto	64
Apêndice E – Agregação das variáveis categóricas	77
Apêndice F – Dados obtidos na análise univariada.....	79
Apêndice G – Dados obtidos na análise multivariada.....	81
Apêndice H – Codificação das barreiras	83
Apêndice I – Temas formados pelas barreiras.....	105
Apêndice J – Codificação dos facilitadores.....	109
Apêndice L – Temas formado pelos facilitadores	130

Apêndice A – Formulário de Consentimento Informado para Participantes

Consentimento Informado para Participantes

Utilização de Instrumentos Autoreportados na Fisioterapia

Músculo-Esquelética em Portugal

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

Caro(a) Colega

É convidado(a) a participar num estudo enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pelo discente Ruben José Frazão Santos sob orientação científica do Professor Diogo Pires e do Professor Doutor Eduardo Cruz.

O objetivo do estudo é caracterizar a utilização de instrumentos autoreportados na fisioterapia músculo-esquelética em Portugal pelo que fui selecionado por ser fisioterapeuta a trabalhar no setor público ou no setor privado em Portugal, em que pelo menos 50% dos meus utentes semanais têm condições músculo-esqueléticas, e por preencher os critérios de seleção definidos pelo investigador.

Compreendo que a minha participação no estudo é completamente voluntária sendo que não são esperadas quaisquer implicações negativas ou positivas da minha participação. Terei igualmente o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo, e poderei abandonar o mesmo em qualquer momento, interrompendo o preenchimento do questionário sem necessitar de dar nenhuma justificação e sem que isso reflita algum tipo de prejuízo ou penalização para mim.

A minha participação envolverá a resposta a um questionário *online* durante um período previamente estabelecido pelo investigador, que terá a duração de 4 semanas. Será usado um sistema de codificação da minha identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato. As respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade do investigador e apresentadas, exclusivamente, no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, mas nunca de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Para continuar, por favor seleccione os itens abaixo:

- Declaro que li e compreendi a informação facultada na ficha informativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores.

- Declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Data: ___/___/_____

Investigador principal: Ruben José Frazão Santos

E-mail: 180512012@estudantes.ips.pt

Apêndice B – Ficha Informativa para Participantes

Ficha Informativa para Participantes

Utilização de Instrumentos Autoreportados na Fisioterapia Músculo-Esquelética em Portugal

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

A finalidade deste estudo é caracterizar a utilização de instrumentos de medição autoreportados (PROM's) na prática clínica dos fisioterapeutas em Portugal, em indivíduos com condições músculo-esqueléticas, bem como identificar quais as barreiras e os facilitadores inerentes à sua implementação. Este estudo irá permitir a obtenção de um perfil dos fisioterapeutas que utilizam estes instrumentos, bem como dos que não utilizam, o que possibilitará verificar quais os fatores que contribuem para essa prática profissional. Estes dados serão ainda úteis para, no futuro, desenvolver estratégias e programas de implementação que promovam a utilização de PROM's.

Por que fui convidado(a)?

Foi convidado(a) a participar neste estudo por ser um(a) fisioterapeuta que trabalha em Portugal, seja no setor público ou no setor privado, em que pelo menos 50% dos seus utentes semanais têm condições músculo-esqueléticas. A sua participação irá ajudar-nos a caracterizar a utilização de instrumentos de medição autoreportados (PROM's) pelos fisioterapeutas em Portugal, bem como criar uma base de evidência que permita, num futuro próximo, otimizar a utilização destes instrumentos na prática clínica.

Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. De seguida iremos solicitar o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Para tal, basta que interrompa o preenchimento do questionário, sem necessidade de submeter qualquer resposta obrigatória. Esta decisão não tem qualquer impacto na sua prática profissional.

O que acontece, se aceitar participar?

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

O que terei que fazer?

Terá que responder a um questionário, durante o período previamente estabelecido. O questionário tem um tempo de preenchimento estimado de aproximadamente 15 minutos.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos prometer que este estudo a(o) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retirarmos dele irá ajudar-nos a caracterizar a utilização de instrumentos de medição autoreportados (PROM's) na prática clínica dos fisioterapeutas em Portugal, em indivíduos com condições músculo-esqueléticas, bem como identificar quais as barreiras e os facilitadores à sua implementação. Esta caracterização poderá contribuir também para, no futuro, ser possível identificar estratégias e definir programas de implementação que promovam a utilização de PROM's, de modo a promover uma implementação consistente de cuidados de fisioterapia de elevada qualidade em Portugal.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão, se sentir prejudicado, poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação, bastando apenas que interrompa o preenchimento do questionário.

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

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

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

Parte 2 | A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua vida profissional atual ou no futuro.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do seguinte *e-mail*: 180512012@estudantes.ips.pt

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Os seus dados sociodemográficos, clínicos e as suas respostas ao questionário serão codificados e introduzidos por nós (Ruben Santos e Diogo Pires) numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro apenas acessível aos investigadores deste estudo, pertencentes ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

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

Serão recolhidos dados relativos às suas características sociodemográficas e de prática clínica. Estes dados serão agregados e nunca serão apresentados de forma individual. Pretendem apenas caracterizar os participantes neste estudo, no seu conjunto. Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento. O código que permite a identificação indireta do titular dos dados será eliminado três anos após o fim do estudo.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Eventualmente, os resultados poderão ser apresentados/publicados em conferências/revistas da especialidade, de forma agregada, garantindo a impossibilidade de individualizar as respostas de cada participante. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Muito obrigado por ler este documento,

Ruben Santos / Diogo Pires / Eduardo Cruz

E-mail: 180512012@estudantes.ips.pt

Apêndice C – Questionário do estudo principal

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS AUTOREPORTADOS NA FISIOTERAPIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA EM PORTUGAL

Este questionário é dirigido a fisioterapeutas que exerçam a sua prática clínica atual em Portugal, na área músculo-esquelética, e em que pelo menos 50% dos seus utentes por semana apresentem este tipo de condições.

Se pelo menos metade dos seus utentes semanais não apresentarem condições músculo-esqueléticas, ou se esses mesmos indivíduos tiverem uma idade inferior a 18 anos, por favor não preencha este questionário.

SECÇÃO 1 – Caracterização sociodemográfica dos fisioterapeutas

1. Género: Feminino Masculino
2. Idade: _____
3. Quais as suas qualificações académicas? (*Assinale todas as que se aplicam*)

Grau	
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Pós-graduação	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>

4. Em que contexto está inserida a instituição onde realizou a sua formação base?
 Ensino Público
 Ensino Privado
5. Realizou formações académicas complementares na área das condições músculo-esqueléticas?
 Sim
 Não
6. Nos últimos 5 anos, realizou alguma formação (complementar ou pós-graduada) que integrasse conteúdos relacionados com instrumentos autoreportados (**instrumentos preenchidos pelos próprios utentes**)?
 Sim
 Não

SECÇÃO 2 – Caracterização da prática clínica dos fisioterapeutas

1. Número de anos de experiência profissional:

2. Número de anos de prática clínica com utentes **com condições músculo-esqueléticas**:

3. Qual é o distrito de Portugal onde trabalha?

Se trabalha em mais do que um distrito, por favor responda a esta pergunta tendo em conta aquele onde exerce predominantemente.

- Viana do Castelo
- Braga
- Vila Real
- Bragança
- Porto
- Aveiro
- Viseu
- Guarda
- Coimbra
- Castelo Branco
- Leiria
- Santarém
- Portalegre
- Lisboa
- Setúbal
- Évora
- Beja
- Faro
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira

4. Qual(ais) o(s) local(ais) de prática clínica onde exerce? *(Assinale todas as que se aplicam)*

- Hospital
- Clínica
- Cuidados de saúde primários
- Gabinete privado
- Clube desportivo
- Prestação de serviços domiciliários

5. Qual o setor onde exerce predominantemente?

- Público
- Privado
- Convencionado
- Misto

6. Qual o contexto profissional onde exerce?

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor responda a esta pergunta tendo em conta o setor onde exerce predominantemente.

- Sozinho(a)
- Em equipa com outros fisioterapeutas
- Em equipa multidisciplinar

7. Em média, qual o seu número de horas de trabalho semanais?

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor responda a esta pergunta tendo em conta o setor onde exerce predominantemente.

- 1 a 10 horas
- 11 a 20 horas
- 21 a 30 horas
- 31 a 40 horas
- Mais de 40 horas

8. Em média, qual o seu número de utentes por hora?

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor responda a esta pergunta tendo em conta o setor onde exerce predominantemente.

- 1 utente
- 2 utentes
- 3 utentes
- 4 utentes
- 5 ou mais utentes

9. Em média, quantos **diagnósticos diferentes em condições músculo-esqueléticas** são abordados por si, por semana?

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor responda a esta pergunta tendo em conta o setor onde exerce predominantemente.

- Entre 1 a 10
- Entre 11 a 20
- Entre 21 a 30
- Mais de 30

10. Em utentes com **condições músculo-esqueléticas**, qual o estado clínico (fase) em que intervém com maior frequência?

Se selecionou mais do que um setor de trabalho, por favor responda a esta pergunta tendo em conta o setor onde exerce predominantemente.

- Agudo
 Subagudo
 Crónico

SECÇÃO 3 – Utilização dos instrumentos de medida

Responda aos itens seguintes com base na sua prática clínica em **utentes com condições músculo-esqueléticas**.

1. Com que frequência utiliza instrumentos de medida na sua prática clínica?
 Nunca
 Raramente
 Ocasionalmente
 Frequentemente
 Sempre
2. Se utiliza instrumentos de medida, com que frequência utiliza **instrumentos que dependem da interpretação do fisioterapeuta** (goniometria, testes clínicos/funcionais, avaliação da força muscular, outro tipo de medições...)?
 Nunca
 Raramente
 Ocasionalmente
 Frequentemente
 Sempre
3. Se utiliza instrumentos de medida, com que frequência utiliza instrumentos autoreportados (**instrumentos preenchidos pelos próprios utentes**)?
 Nunca
 Raramente
 Ocasionalmente
 Frequentemente
 Sempre

4. Se utiliza instrumentos autoreportados (PROM's), qual a faixa etária predominante dos utentes com os quais os utiliza?
- 18-30 anos
 - 30-40 anos
 - 40-50 anos
 - 50-65 anos
 - +65 anos
 - Não aplicável
5. No seu local de trabalho, sente-se estimulado para a utilização de instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes)?
- Se trabalha em mais do que um setor, por favor responda a esta pergunta tendo em conta o setor onde exerce predominantemente.
- Nunca
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - Frequentemente
 - Sempre
6. Qual a importância que atribui à utilização dos instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes)?
- Irrelevante
 - Pouco importante
 - Moderadamente importante
 - Muito importante
 - Essencial
7. Na sua perspetiva, quanto acredita que os seus utentes valorizam e estão recetivos à utilização de instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes)?
- Valorizam muito e consideram essencial
 - Atribuem alguma importância e concordam com a sua utilização
 - São recetivos, mas indiferentes à sua utilização
 - Não atribuem qualquer valor e/ou não se mostram recetivos
8. Considera ter os conhecimentos necessários para a escolha e aplicação dos instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes) na sua prática clínica?
- Sim
 - Não

9. Quando utiliza instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes), com que objetivo o faz? (Assinale todas as que se aplicam)

- Diagnóstico
 Prognóstico
 Avaliação de resultados

10. Quão satisfeito está com a forma como avalia os resultados da intervenção nos seus utentes?

- Muito satisfeito
 Razoavelmente satisfeito
 Pouco satisfeito
 Insatisfeito

11. Quando utiliza instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes) para **avaliação de resultados**, em que percentagem de utentes os utilizou **nas últimas duas semanas**?

12. Se utiliza PROM's para avaliação de resultados, qual a frequência com que os utiliza para os seguintes **domínios**?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Fadiga					
Intensidade da dor					
Limitações devido à dor					
Funcionalidade					
Distúrbios do sono					
Ansiedade					
Depressão					
Capacidade de participação em atividades sociais					
Perceção global de melhoria					
Qualidade de vida					

Fonte: PROMIS (<http://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis/intro-to-promis/list-of-adult-measures>)

13. Quando escolhe um instrumento autoreportado (instrumento preenchido pelo próprio utente), em que se baseia? (*Assinale todas as que se aplicam*)

- Experiência clínica
- Formação anterior
- Características do instrumento (propriedades psicométricas)
- Tempo de aplicação
- Facilidade para o utente
- Outro

13.1. Se na questão anterior a sua resposta foi "outro", então especifique qual.

SECÇÃO 4 – Barreiras e facilitadores para a utilização de PROM's

Responda aos itens seguintes com base na sua prática clínica em **utentes com condições músculo-esqueléticas**.

1. Quais os aspetos individuais ou fatores associados à sua prática clínica que **prejudicam** a utilização de instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes)? (*Indique pelo menos dois aspetos*)

2. Quais os aspetos individuais ou fatores associados à sua prática clínica que **facilitam (ou podiam promover)** a utilização de instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes)? (*Indique pelo menos dois aspetos*)

Apêndice D – Relatório do Estudo Piloto



Relatório – Estudo Piloto

O estudo piloto desenvolvido serviu para testar a utilização do *software LimeSurvey* e avaliar a construção do questionário *online*, nomeadamente a nível do seu funcionamento e preenchimento, de modo a perceber se o mesmo se encontrava pronto a ser disponibilizado para o estudo principal.

Para a realização deste estudo, foram adicionadas 4 questões dicotómicas “sim/não” (com a respetiva justificação) e 1 questão para sugestões no final de cada uma das secções do questionário. Foi também adicionada 1 última questão acerca do tempo estimado de preenchimento no final do questionário.

O estudo piloto esteve disponível durante 3 semanas, com envio de lembretes após 1 e 2 semanas do *e-mail* inicial de convite, para maximizar a taxa de resposta.

Início: 10/01/2020 - **Fim:** 31/01/2020

Número de convites enviados: 11

Número de respostas obtidas: 10

Questões:

No final de cada secção	1. Considera os itens desta secção claros e fáceis de compreender?
	2. Considera algum item/palavra pouco clara ou ambígua?
	3. Considera as instruções dos formulários claras e fáceis de compreender?
	4. Considera que a maioria dos itens são relevantes tendo em conta o objetivo do estudo?
	5. Sugestões e/ou críticas acerca desta secção do questionário.
No final do questionário	6. Qual o tempo estimado (em minutos) que demorou a preencher este questionário?

Análise das respostas obtidas:

SECÇÃO 1

Questão	Respostas "Sim"	Respostas "Não"	Justificação	Consideração
1	9	1	"A questão relativa à formação que integrasse conteúdos relacionados com instrumentos autoreportados, deveria estar específico se é referente a formação complementar (pequenos cursos) ou se também se referem a formação académica (mestrado por exemplo)"	Este comentário foi considerado pertinente, tendo a questão sido posteriormente reformulada para um melhor entendimento pelos participantes.
2	0	10		
3	9	1	"Apesar de compreender, na instrução do item "idade" seria interessante simplificar e colocar um exemplo, para clarificação. ["Introduza um valor" inteiro (Ex: 30)]."	Este comentário não foi considerado, uma vez que não parece ser relevante introduzir um exemplo nesta questão.
4	10	0		

Sugestões e/ou críticas acerca desta secção do questionário	Consideração
"anos de prática ?"	Esta sugestão não foi considerada, uma vez que os anos de prática são questionados na secção seguinte.
"Relativamente à questão sobre a realização de formação que integrasse conteúdos relacionados com instrumentos autoreportados, não sei se não fará sentido acrescentar um item a questionar em que área/situações/condições foram direccionadas essas formações para se ter uma ideia das áreas/condições patológicas/populações em que os instrumentos são mais utilizados/aplicados ou se é indiferente para o estudo."	Esta sugestão não foi considerada, uma vez que diz respeito ao conteúdo do questionário, e o item sugerido não está enquadrado no objetivo deste estudo.
"Sugestões válidas para as perguntas no geral: - As questões deveriam estar numeradas para uma mais fácil identificação;	A primeira sugestão foi considerada, tendo todas as questões sido posteriormente numeradas.

- As respostas de valores numéricos deveriam surgir à esquerda (à direita passam despercebidos)”	Em relação à segunda sugestão, o facto de os valores numéricos surgirem à direita e não à esquerda diz respeito às características da plataforma e, portanto, não é possível ser alterado.
--	--

SECÇÃO 2

Questão	Respostas “Sim”	Respostas “Não”	Justificação	Consideração
1	9	1	“Na pergunta do número de condições diferentes, se calhar deveria estar escrito referente à região anatómica, senão um número de condições músculo-esqueléticas pode ser muito grande. Posso ter muitos utentes com problema de tornozelo e serem muitas coisas diferentes (entorse, fraturas, etc). E para além disso, na aplicação de PROM's muitas vezes usamos por região anatómica e não por condição específica (por exemplo a QuickDASH ou a FAAM)”	Este comentário foi considerado pertinente, tendo a questão sido posteriormente reformulada para um melhor entendimento pelos participantes.
2	0	10	“No ponto "Em média, qual o número de condições músculo-esqueléticas diferentes abordadas por si, por semana?" suponho que se esteja a perguntar o nº de diferentes diagnósticos. Seria interessante ser mais claro (ex: ... número de diferentes diagnósticos [médicos] de condições...). Se a questão de evitar a palavra "diagnóstico [médico]" se aplica, creio que haverá pouca alternativa.”	Este comentário foi considerado pertinente, tendo a questão sido posteriormente reformulada para um melhor entendimento pelos participantes.
3	10	0		
4	10	0		

Sugestões	Consideração
<p>“Esta crítica aplica-se a todo o questionário. Ao longo do questionário verificam-se diferentes tipos de letra (Arial Narrow, Calibri,...) mesmo dentro da mesma pergunta. Seria importante manter uma coerência na forma. O mesmo se aplica ao uso (ou não) do acordo ortográfico (não descobri nenhum erro relativo a isto, mas preferi anotar na mesma).”</p>	<p>Esta sugestão foi considerada relevante, tendo posteriormente sido feita uma revisão gramatical e uma correção integral do texto inerente ao questionário.</p>

SECÇÃO 3

Questão	Respostas “Sim”	Respostas “Não”	Justificação	Consideração
1	9	1	<p>"Com que frequência considera ter os conhecimentos necessários para a escolha e aplicação dos instrumentos autoreportados (instrumentos preenchidos pelos próprios utentes) na sua prática clínica?" - Na minha opinião esta questão deveria ser reformulada porque "com que frequência" acho que não se adequa ao resto da frase, talvez retirasse e substituísse por: Que nível de conhecimentos considera ter necessários para a escolha...</p> <p>Alterando a opções de respostas: Nenhum, algum, etc..."</p>	<p>Este comentário foi considerado pertinente, tendo a questão sido posteriormente reformulada para uma questão de resposta dicotómica “sim/não”.</p>
2	1	9	<p>“No ponto "No seu local de trabalho, sente-se estimulado para a utilização de instrumentos autoreportados (intrumentos preenchidos pelos próprios utentes)?" existem dois erros ortográficos.</p> <p>(1) na pergunta [...autoreportados (INTRUMENTOS preenchidos...) - instrumentos</p> <p>(2) na resposta "RARAMEMTE" – Raramente”</p>	<p>Este comentário foi considerado relevante, tendo posteriormente sido feita uma revisão gramatical e uma correção integral do texto inerente ao questionário.</p>
3	10	0		
4	10	0		

Sugestões	Consideração
<p>“- Atenção aos erros ortográficos e falta de acentos. Existem alguns ao longo de todo o questionário e alguns na próprio Ficha do Estudo e Informação prévia ao preenchimento do questionário.</p> <p>- A recomendação relativa às questões dos "números inteiros" pode ser aplicada a todo o questionário."</p>	<p>A primeira sugestão foi considerada relevante, tendo posteriormente sido feita uma revisão gramatical e uma correção integral do texto inerente ao questionário.</p> <p>A segunda sugestão não foi considerada, uma vez que não parece ser relevante introduzir um exemplo nestas questões.</p>
<p>"Acho que a pergunta da faixa etária não faz muito sentido. Eu uso PROM's em todos os meus utentes, independentemente da sua idade. Portanto nesta pergunta a minha resposta é sempre dependente da faixa etária com que habitualmente mais trabalho, mas não influencia a minha decisão de utilizar os PROM's."</p>	<p>Esta sugestão não foi considerada, pois, apesar de poderem existir participantes a utilizar PROM's em todos os seus utentes, a divisão por faixas etárias permite-nos perceber em qual delas estes instrumentos são preferencialmente utilizados.</p>

SECÇÃO 4

Questão	Respostas "Sim"	Respostas "Não"	Justificação	Consideração
1	10	0		
2	1	9	<p>"Sendo o objetivo diferenciar entre fatores individuais e ambientais tentaria clarificar um pouco mais na pergunta, ou então diferenciais com perguntas diferentes (uma para fatores individuais e outra para questões ambientais (independentes da vontade do FT)</p> <p>Ex: "...aspetos individuais ou fatores AMBIENTAIS (associados à sua prática clínica)"</p>	<p>Este comentário não foi considerado, uma vez que, caso existissem duas questões diferentes (uma para fatores individuais e outra para ambientais), a resposta dos participantes estaria a ser mais influenciada.</p>
3	10	0		
4	10	0		

Sugestões	Consideração
<p>“A diferenciação entre questões individuais e ambientais é importante ao ponto de merecerem perguntas diferentes.</p> <p>O questionário apenas questiona se se aplicam PROM's. Seria interessante uma lista em que se diferenciasses entre as que se conhecem e as que se aplicam.”</p>	<p>Esta sugestão não foi considerada, uma vez que, caso existissem duas questões diferentes (uma para fatores individuais e outra para ambientais), a resposta dos participantes estaria a ser mais influenciada.</p> <p>A segunda sugestão também não foi considerada, visto existir um vasto número de instrumentos autoreportados (PROM's) diferentes, e a elaboração de uma lista com exemplos poder influenciar as respostas dos participantes.</p>

Tempo estimado de preenchimento do questionário:

Respostas:

10 min	10 min	20 min	15 min	15 min
20 min	10 min	20 min	20 min	15 min

Média: 15,5 min

Apêndice E – Agregação das variáveis categóricas

Variáveis	Sub-categorias	Frequência absoluta (Fa)	Agregação	Frequência absoluta
Qualificações académicas	Licenciatura	98	Licenciatura	98
	Pós-graduação	36	Superior a licenciatura	58
	Mestrado	20		
	Doutoramento	2		
Anos de experiência	Variável Contínua	7,00 anos (\pm 6,62 anos)	Até 7 anos	104
			Mais de 7 anos	52
Número de horas de trabalho semanais	1 a 10 horas	8	Até 40 horas	95
	11 a 20 horas	5		
	21 a 30 horas	22		
	31 a 40 horas	60		
	Mais de 40 horas	61	Mais de 40 horas	61
Nº de utentes/hora	1 utente	66	1 utente	66
	2 utentes	43	Mais de 1 utente	90
	3 utentes	25		
	4 utentes	20		
	5 ou mais utentes	2		
Número de diagnósticos diferentes (por semana)	1-10	83	Até 10	83
	11-20	56	Mais de 10	73
	21-30	13		
	Mais de 30	4		
Estado clínico	Agudo (< 6 semanas)	67	Agudo	67
	Subagudo (6-12 semanas)	50	Não-agudo	89
	Crónico (>12 semanas)	39		
Importância atribuída à utilização de PROM's	Irrelevante	1	Até moderada importância	72
	Pouco importante	8		
	Moderadamente importante	63		
	Muito importante	60	Essencial/muito importante	84
	Essencial	24		
Crença dos fisioterapeutas na valorização de PROM's pelos utentes	Valorizam muito e consideram essencial	2	Alguma ou muita importância	59
	Atribuem alguma importância e concordam com a sua utilização	57		

	São recetivos, mas indiferentes à sua utilização	87	Indiferença	97
	Não atribuem qualquer valor e/ou não se mostram recetivos	10		
Satisfação com a avaliação de resultados	Muito satisfeito	20	Muito/razoavelmente satisfeito	122
	Razoavelmente satisfeito	102		
	Pouco satisfeito	31	Pouco/insatisfeito	34
	Insatisfeito	3		

Apêndice F – Dados obtidos na análise univariada (método: Enter)

Variável	R quadrado <i>Nagelkerke</i>	Significância (<i>p-value</i>)	Odds Ratio (OR)	95% IC	
				Inferior	Superior
<u>Género</u>	0,001	-	-	-	-
Feminino	-	-	Referência	-	-
Masculino	-	0,980	0,990	0,429	2,280
<u>Qualificações Académicas</u>	0,017	-	-	-	-
Licenciatura	-	0,198	1,733	0,750	4,004
Mestrado/ Pós-graduação/Doutoramento	-	-	Referência	-	-
<u>Contexto da instituição de formação-base</u>	0,035	-	-	-	-
Ensino público	-	-	Referência	-	-
Ensino privado	-	0,083	2,364	0,893	6,255
<u>Formação acerca de PROM's</u>	0,058	-	-	-	-
Sim	-	-	Referência	-	-
Não	-	0,018	2,782	1,192	6,491
<u>Anos de experiência</u>	0,008	-	-	-	-
Até 7 anos	-	-	Referência	-	-
Mais de 7 anos	-	0,371	0,678	0,289	1,589
<u>Setor laboral</u>	0,121	-	-	-	-
Público	-	-	Referência	-	-
Privado	-	0,001	7,962	2,248	28,202
Convencionado	-	0,008	12,600	1,966	80,757
Misto	-	0,014	10,500	1,620	68,072
<u>Contexto de trabalho</u>	0,104	-	-	-	-
Sozinho(a)	-	-	Referência	-	-
Em equipa com outros fisioterapeutas	-	0,241	0,285	0,035	2,325
Em equipa multidisciplinar	-	0,030	0,099	0,012	0,799
<u>Horas de trabalho por semana</u>	0,004	-	-	-	-
Até 40 horas	-	-	Referência	-	-
Mais de 40 horas	-	0,532	0,766	0,331	1,770
<u>Nº utentes/hora</u>	0,059	-	-	-	-
1 utente	-	-	Referência	-	-
+ de 1 utente	-	0,020	2,776	1,177	6,547
<u>Nº de diagnósticos ME/semana</u>	0,004	-	-	-	-
Até 10	-	-	Referência	-	-
Mais de 10	-	0,563	0,783	0,341	1,796
<u>Estado clínico em que intervém + vezes</u>	0,013	-	-	-	-
Agudo	-	-	Referência	-	-
Não-agudo	-	0,270	0,612	0,256	1,464

<u>Estímulo no local de trabalho</u>	0,172	-	-	-	-
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	-	-	Referência	-	-
Frequentemente/Sempre	-	0,001	0,128	0,049	0,336
<u>Importância atribuída pelo fisioterapeuta</u>	0,111	-	-	-	-
Até moderada importância	-	-	Referência	-	-
Muito importante/essencial	-	0,003	0,210	0,075	0,589
<u>Valorização pelos utentes</u>	0,028	-	-	-	-
Valorizam muito/concordam	-	-	Referência	-	-
Indiferentes/não-recetivos	-	0,102	2,010	0,870	4,644
<u>Conhecimentos do fisioterapeuta</u>	0,079	-	-	-	-
Sim	-	-	Referência	-	-
Não	-	0,017	4,585	1,310	16,047
<u>Satisfação com a avaliação de resultados</u>	0,050	-	-	-	-
Muito/razoavelmente satisfeito	-	-	Referência	-	-
Pouco/nada satisfeito	-	0,063	4,124	0,925	18,383

Apêndice G – Dados obtidos na análise multivariada (método: Backward Stepwise Conditional)

Resumo do modelo

Passo	Verossimilhança de log -2	R quadrado Cox & Snell	R quadrado Nagelkerke
7	97,111 ^a	,258	,429

a. Estimação finalizada no número de iteração 6 porque as estimativas de parâmetro mudaram foram alteradas para menos de ,001.

Teste de Hosmer e Lemeshow

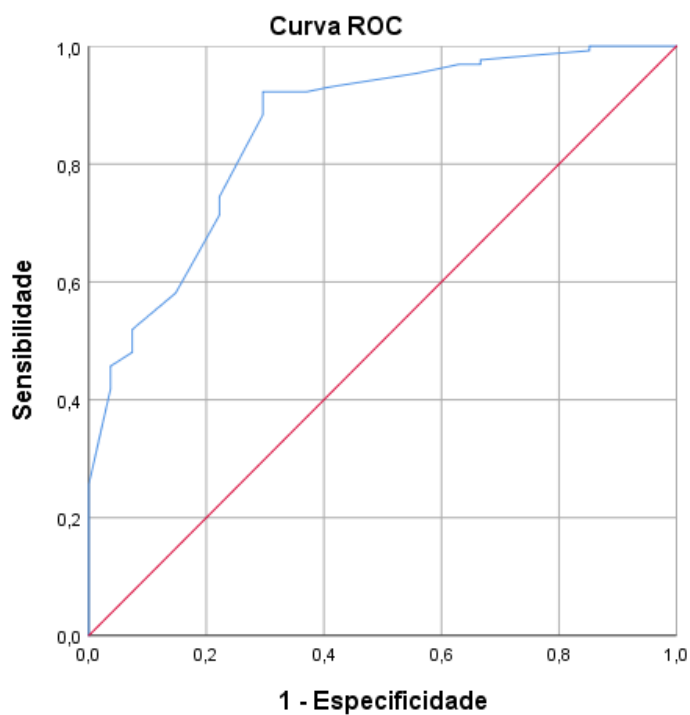
Passo	Qui-quadrado	df	Sig.
7	3,514	7	,834

Variáveis na equação

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Passo 7 ^a Setor_01			17,206	3	,001			
Setor_01(1)	3,594	,870	17,057	1	,000	36,397	6,611	200,397
Setor_01(2)	2,027	1,032	3,858	1	,050	7,594	1,004	57,414
Setor_01(3)	3,087	1,181	6,831	1	,009	21,905	2,164	221,744
Utentes_hora_01(1)	1,137	,650	3,064	1	,080	3,118	,873	11,138
Estímulo_trabalho(1)	2,148	,603	12,677	1	,000	8,564	2,626	27,931
Valorização_utentes(1)	-1,003	,552	3,304	1	,069	,367	,124	1,082
Conhecimento_necessarios_fts(1)	2,075	,796	6,801	1	,009	7,966	1,675	37,898
Constante	-3,486	,997	12,219	1	,000	,031		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Qualificações_01, Local_Formação_Base, Formação_PROMS, Setor_01, Contexto_01, Utentes_hora_01, Estímulo_trabalho, Importância_atribuida_utentes, Valorização_utentes, Conhecimento_necessarios_fts, Satisfação_avaliar_resultados.

Curva ROC:



Os segmentos diagonais são produzidos por empates.

Área sob a curva

Variável(eis) de resultado de teste: Probabilidade prevista

$$\frac{\text{Área}}{\text{Área}} = \underline{\underline{,859}}$$

A variável ou variáveis de resultado de teste:

Probabilidade prevista possuem pelo menos um empate entre o grupo de estado real positivo e o grupo de estado real negativo. As estatísticas podem ser enviesadas.

Apêndice H – Codificação das barreiras

BARREIRAS

<u>Dados obtidos (texto original)</u>	<u>Extratos de suporte</u>	<u>Códigos</u>
“Número de utentes por hora”	[Número de utentes por hora]	1. Ter um elevado número de utentes por hora
“Falta de acesso à instrumentos no local”	[Falta de acesso à instrumentos no local]	2. Falta de acesso a PROM’s no local de trabalho
“Tempo”	[Tempo]	3. Falta de tempo
“Decisao sobre qual escolher”	[qual escolher]	4. Não saber que instrumento deve escolher
“Pouca perceção de alguma questões por utentes mais velhos ou com baixo nível educacional”	[Pouca perceção (...) por utentes mais velhos ou com baixo nível educacional]	5. Baixa literacia/escolaridade dos utentes
“Ausência de incentivo ou condições por parte do empregador que desvaloriza a avaliação de resultados”	[Ausência de incentivo ou condições por parte do empregador que desvaloriza a avaliação de resultados]	6. Falta de estímulo pelo empregador 7. Empregador desvaloriza a avaliação de resultados
“Pobre cultura de avaliação de resultados de toda a equipa de Fts, provavelmente relacionada com a formação base”	[Pobre cultura de avaliação de resultados (...) relacionada com a formação base]	8. Falta de hábito na avaliação de resultados 9. Conteúdos pouco abordados na formação-base
		10. Elevada dimensão dos instrumentos 11. PROM’s difíceis de interpretar pelos utentes 12. PROM’s difíceis de interpretar pelo

“Alguns instrumentos são bastante longos e difíceis de interpretar”	[(...) instrumentos (...) longos e difíceis de interpretar]	fisioterapeuta
“A falta de instrumentos validados para a nossa população”	[(...) falta de instrumentos validados para a nossa população]	13. Falta de validação para língua portuguesa
“Gestão ineficaz do tempo”	[Gestão ineficaz do tempo]	14. Dificuldade na gestão do tempo pelo fisioterapeuta
“Procedimentos institucionais (instrumentos utilizados com base na rotina e não nas características psicométricas)”	[Procedimentos institucionais (instrumentos utilizados com base na rotina e não nas características psicométricas)]	15. Critérios incorretos na escolha de PROM's 16. Desvalorização pelo empregador
“Pouco incentivo por parte da chefia/coordenação”	[Pouco incentivo por parte da chefia/coordenação]	17. Falta de estímulo pelo empregador/coordenador
“Tempo”	[Tempo]	18. Falta de tempo
“Dinâmica da consulta”	[Dinâmica da consulta]	19. Interrupção da consulta para preenchimento dos PROM's
“Tempo”	[Tempo]	20. Falta de tempo
“Aplicabilidade”	[Aplicabilidade]	21. PROM's são instrumentos difíceis de aplicar
“Relevância para o utente”	[Relevância para o utente]	22. PROM's são pouco relevantes para os utentes
“Uso de papel”	[Uso de papel]	23. Uso de papel
“Capacidade do Ft explicar ao utente a necessidade e objetivo da aplicação de determinado instrumento que no	[Capacidade do Ft explicar ao utente a necessidade e objetivo da aplicação de determinado instrumento (...)]	24. Incapacidade do fisioterapeuta em explicar a importância dos PROM's

limite poderá levar respostas pouco objetivas.”		
<p>“1. Tratar por vezes utentes mais velhos ou com fracas habilitações literárias que têm grande dificuldade no preenchimento autónomo dos instrumentos auto-reportados</p> <p>2. Não ter o instrumento adequado pronto para ser utilizado no momento que é necessário”</p>	<p>[(...) utentes mais velhos ou com fracas habilitações literárias (...) grande dificuldade no preenchimento autónomo dos instrumentos auto-reportados (...) não ter o instrumento adequado pronto para ser utilizado no momento que é necessário]</p>	<p>25. Dificuldade no preenchimento autónomo dos PROM’s</p> <p>26. Baixa literacia/escolaridade dos utentes</p> <p>27. Falta de acesso imediato aos PROM’s</p>
<p>“- Falta de tempo com o utente</p> <p>- falta de condições no local de trabalho”</p>	<p>[- Falta de tempo (...)</p> <p>- falta de condições no local de trabalho]</p>	<p>28. Falta de tempo</p> <p>29. Falta de condições para aplicação de PROM’s no local de trabalho</p>
<p>“- Ritmo do dia a dia</p> <p>- Não valorização do cliente na aplicação destes instrumentos na sua consulta e não ver isso como tempo útil de sessão”</p>	<p>[- Ritmo do dia a dia</p> <p>- Não valorização do cliente na aplicação destes instrumentos (...) não ver isso como tempo útil de sessão]</p>	<p>30. Falta de tempo</p> <p>31. Não valorização dos PROM’s pelo cliente</p>
<p>“Falta de tempo, tanto pra explicar o instrumento como para analisar resultados</p> <p>Sistema de monitorização / plataforma de gestão da situação clínica dos serviços centrais”</p>	<p>[Falta de tempo (...) explicar o instrumento (...) analisar resultados]</p>	<p>32. Falta de tempo</p>
<p>“Elevado número doentes</p> <p>Trabalhar em diversos locais”</p>	<p>[Elevado número doentes</p> <p>Trabalhar em diversos locais]</p>	<p>33. Ter um elevado número de utentes</p> <p>34. Vários locais de trabalho diferentes</p>
<p>“tempo necessário para aplicação</p> <p>recepção do paciente”</p>	<p>[tempo necessário para aplicação</p> <p>recepção do paciente]</p>	<p>35. Tempo necessário para aplicação</p> <p>36. Falta de reatividade pelo paciente</p>

“Falta de tempo Nao ter os instrumentos em papel”	[Falta de tempo Nao ter os instrumentos em papel]	37. Falta de tempo 38. Falta de acesso imediato a PROM’s em formato de papel
“- Tempo - Disponibilidade por parte dos próprios utentes”	[- Tempo - Disponibilidade por parte dos próprios utentes]	39. Falta de tempo 40. Falta de disponibilidade pelos utentes
“Tempo Abertura utente”	[Tempo Abertura utente]	41. Falta de tempo 42. Falta de abertura dos utentes
“Pouco tempo Pouca literacia do utente”	[Pouco tempo Pouca literacia do utente]	43. Falta de tempo 44. Utentes com baixa literacia/escolaridade
“- Tempo - grau de escolaridade”	[- Tempo - grau de escolaridade]	45. Falta de tempo 46. Utentes com baixa literacia/escolaridade
“- Tempo - Falta de conhecimentos sobre estes instrumentos”	[- Tempo - Falta de conhecimentos sobre estes instrumentos]	47. Falta de tempo 48. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta
“População Falta de material dna clínica (impressora, computador,...)”	[População Falta de material dna clínica (impressora, computador,...)]	49. População-alvo com baixo grau de literacia/escolaridade 50. Falta de material informático para ter acesso aos instrumentos
“- População - Falta de material (impressora, computador,...)”	[- População Falta de material (impressora, computador,...)]	51. População-alvo com baixo grau de literacia/escolaridade 52. Falta de material informático para ter acesso aos instrumentos

<p>“Tempo Subjectividade de certos instrumentos”</p>	<p>[Tempo Subjectividade de certos instrumentos]</p>	<p>53. Falta de tempo 54. Subjectividade dos PROM's</p>
<p>“- Tenho ideia que devem ser mais aplicados (ou são mais úteis) em patologias crónicas e normalmente acompanho casos agudos; - Não tenho muita experiência na sua aplicação; - Por vezes não sei como abordar o doente para a sua utilização.”</p>	<p>[(...) devem ser mais aplicados (ou são mais úteis) em patologias crónicas (...) não tenho muita experiência na sua aplicação (...) não sei como abordar o doente para a sua utilização]</p>	<p>55. Maior utilidade em utentes com patologias crónicas 56. Pouca experiência na aplicação de PROM's 57. Falta de conhecimentos pelo fisioterapeuta</p>
<p>“Tempo disponível Volume de utentes”</p>	<p>[Tempo disponível Volume de utentes]</p>	<p>58. Pouco tempo disponível 59. Grande volume de utentes</p>
<p>“Pouca recetividade do cliente”</p>	<p>[Pouca recetividade do cliente]</p>	<p>60. Pouca recetividade do cliente</p>
<p>“- Falta de estímulo no ambiente de trabalho; - Não é prática regular no ambiente de trabalho o que leva a que os utentes não sejam tão recetivos; - Tempo necessário para o preenchimento e posteriormente para a análise dos resultados; - Forma de preenchimento (gastos com papel).”</p>	<p>[- Falta de estímulo no ambiente de trabalho; - Não é prática regular no ambiente de trabalho (...) utentes não sejam tão recetivos; - Tempo necessário para o preenchimento e (...) análise dos resultados; - (...) gastos com papel]</p>	<p>61. Falta de estímulo no trabalho 62. Falta de hábito no local de trabalho 63. Falta de recetividade dos utentes 64. Tempo necessário para o preenchimento e análise 65. Gastos com instrumentos em formato papel</p>
<p>“Por vezes, pelo reduzido tempo de tratamento. Pouca percepção do paciente.”</p>	<p>[(...) reduzido tempo de tratamento. Pouca percepção do paciente.]</p>	<p>66. Falta de tempo 67. Paciente não percebe os instrumentos</p>

<p>“- Receptividade por parte dos utentes - Falta de tempo para informação sobre a utilização dos mesmos aos utentes”</p>	<p>[- Receptividade por parte dos utentes - Falta de tempo para informação sobre a utilização dos mesmos aos utentes]</p>	<p>68. Falta de receptividade dos utentes 69. Falta de tempo para explicar os instrumentos</p>
<p>“Difícil interpretação por parte do utente; Falta de conhecimento sobre qual instrumento utilizar por parte do profissional de saúde.”</p>	<p>[Difícil interpretação por parte do utente; Falta de conhecimento sobre qual instrumento utilizar por parte do profissional de saúde.”]</p>	<p>70. Dificuldade na interpretação pelos utentes 71. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta</p>
<p>“Tempo tratamento dos dados”</p>	<p>[Tempo tratamento dos dados]</p>	<p>72. Falta de tempo 73. Necessidade de análise e tratamento dos dados obtidos</p>
<p>“- falta de tempo - contexto privado”</p>	<p>[-falta de tempo]</p>	<p>74. Falta de tempo</p>
<p>“Falta de tempo na sessão falta de conhecimento de instrumentos”</p>	<p>[Falta de tempo na sessão falta de conhecimento de instrumentos]</p>	<p>75. Falta de tempo 76. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta</p>
<p>“- Tempo dispendido - receptividade dos utentes”</p>	<p>[- Tempo dispendido - receptividade dos utentes]</p>	<p>77. Tempo gasto na aplicação 78. Falta de receptividade dos utentes</p>
<p>“A subjetividade por vezes, incompreensão na utilização dos mesmos”</p>	<p>[subjetividade (...) incompreensão na utilização (...)]</p>	<p>79. Subjetividade dos PROM’s 80. Incompreensão dos PROM’s pelos utentes 81. Incompreensão dos PROM’s pelo fisioterapeuta</p>

<p>“- Pouco tempo disponível para o preenchimento dos instrumentos</p> <p>- Falta de conhecimento acerca dos instrumentos mais apropriados para cada utente”</p>	<p>[- Pouco tempo disponível (...)</p> <p>- Falta de conhecimento acerca dos instrumentos mais apropriados para cada utente]</p>	<p>82. Pouco tempo disponível</p> <p>83. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta</p>
<p>“Tempo disponibilidade dos utes.”</p>	<p>[Tempo disponibilidade dos utes]</p>	<p>84. Falta de tempo</p> <p>85. Falta de disponibilidade dos utentes</p>
<p>“- Desinteresse utentes</p> <p>- Pouca priorização pessoal na prática pessoal”</p>	<p>[- Desinteresse utentes]</p>	<p>86. Falta de interesse dos utentes</p>
<p>“Dependendo dos instrumentos, pode não ser fácil aceder aos validados para a população portuguesa</p> <p>Acesso às propriedades psicométricas.”</p>	<p>[(...) pode não ser fácil aceder aos validados para a população portuguesa</p> <p>Acesso às propriedades psicométricas]</p>	<p>87. Não-validação para a população portuguesa</p> <p>88. Dificil acesso às propriedades psicométricas</p>
<p>“Disponibilidade para explicar à pessoa a importância/necessidade da utilização do instrumento de medida.”</p>	<p>[Disponibilidade para explicar à pessoa a importância/necessidade da utilização do instrumento (...)]</p>	<p>89. Falta de disponibilidade do fisioterapeuta</p>
<p>“tempo”</p>	<p>[tempo]</p>	<p>90. Falta de tempo</p>
<p>“- tempo de aplicação</p> <p>- logística”</p>	<p>[- tempo de aplicação]</p>	<p>91. Tempo de aplicação necessário</p>
<p>“- Tempo de preenchimento</p>	<p>[- Tempo de preenchimento</p>	<p>92. Tempo necessário para o preenchimento</p> <p>93. Necessidade de organizar a agenda laboral</p>

- Organização da agenda”	- Organização da agenda]	
“- Dificuldade no tempo de tratamento (explicação do instrumento acaba por determinar menor tempo de tratamento) - Oposição da entidade empregadora”	[- Dificuldade no tempo de tratamento (explicação do instrumento acaba por determinar menor tempo de tratamento) - Oposição da entidade empregadora]	94. Pouco tempo disponível para tratamento 95. Oposição do empregador
“Tempo disponível tanto para a sua aplicação como para a sua análise.”	[Tempo disponível (...) para a sua aplicação (...) sua análise.]	96. Falta de tempo
“- Contexto clínico - Tempo”	[- Tempo]	97. Falta de tempo
“- Tempo de preenchimento - Falta de acesso aos mesmos - Não incentivo à sua utilização pela entidade patronal - Recetividade dos utentes”	[- Tempo de preenchimento - Falta de acesso (...) - Não incentivo à sua utilização pela entidade patronal - Recetividade dos utentes”]	98. Tempo necessário para preenchimento 99. Falta de acesso aos PROM’s 100. Falta de incentivo pelo empregador 101. Falta de recetividade dos utentes
“- Baixa receptividade - Dificuldade na compreensão ao nível do conteúdo de alguns instrumentos”	[- Baixa receptividade - Dificuldade na compreensão (...) de alguns instrumentos”]	102. Baixa recetividade dos utentes 103. Dificuldades na compreensão pelos utentes 104. Dificuldades na compreensão pelo fisioterapeuta
“- Necessidade de tempo para explicar e aplicar o instrumento - Capacidade para fazer uma escolha pertinente (porquê este	[(...) tempo para explicar e aplicar o instrumento - Capacidade para fazer uma escolha pertinente (...)]	105. Falta de tempo 106. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta na escolha dos PROM’s

e não aquele)”		
“- Tempo - Funcionamento do local”	[- Tempo - Funcionamento do local]	107. Falta de tempo 108. Regras de funcionamento do local de trabalho
“- A condição específica com que mais trabalho e a falta de instrumentos adequados - O tempo necessário ao seu preenchimento”	[(...) condição específica com que mais trabalho e a falta de instrumentos adequados (...) tempo necessário ao seu preenchimento]	109. Condição mais abordada no local de trabalho 110. Falta de PROM’s adequados 111. Falta de tempo/tempo necessário
“Idade dos pacientes (pela dificuldade na compreensão de alguns parametros Politraumatizados em que tenho que me focar apenas na lesão mais importante”	[Idade dos pacientes (...) dificuldade na compreensão (...) Politraumatizados em que tenho que me focar apenas na lesão mais importante”	112. Incompreensão por utentes mais velhos 113. Foco apenas na lesão mais importante em politraumatizados
“- tempo de aplicação e análise - acesso aos instrumentos”	[- tempo de aplicação e análise - acesso aos instrumentos]	114. Tempo necessário para aplicação e análise 115. Falta de acesso a PROM’s
“- Dificuldade de acesso aos instrumentos validados - Dificuldade em saber quais os instrumentos validados para Portugal”	[- Dificuldade de acesso aos instrumentos validados - Dificuldade em saber quais os instrumentos validados para Portugal]	116. Dificuldade no acesso a PROM’s 117. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 118. Não-validação para a população portuguesa
“- Falta de tempo - Percepção dos utentes em relação às questões”	[- Falta de tempo - Percepção dos utentes (...)]	119. Falta de tempo 120. Incompreensão dos PROM’s pelos utentes
“- Falta de conhecimento do utente	[- Falta de conhecimento do utente	121. Baixa escolaridade/literacia dos utentes 122. Falta de tempo para o preenchimento

- Tempo para responder”	- Tempo para responder]	
“Alguns utentes menores Utentes com dor aguda”	[Alguns utentes menores]	123. Idade dos utentes inferior a 18 anos
“- escassa coincidência com os resultados das medições objetivas - fiabilidade limitada - evidência”	[- fiabilidade limitada]	124. Fiabilidade limitada
“- Textos pouco aptos aos utentes - Instrumentos mal traduzidos”	[- Textos pouco aptos aos utentes - Instrumentos mal traduzidos]	125. Incompreensão dos PROM’s pelos utentes 126. Tradução incorreta dos instrumentos
“- Os utentes não esperam e não querem ter de perder tempo com isso. - pouco receptivos, e não aceitam.”	[(...) utentes não esperam e não querem ter de perder tempo com isso. - pouco receptivos, e não aceitam]	127. Falta de colaboração dos utentes 128. Pouca recetividade dos utentes
“- Entidade patronal não aceita a ""perda de tempo" relacionada com o preenchimento de medidas de avaliação em gabinete, e como consequência quando os damos aos utentes para preencher em casa, mais de 50% das pessoas não os trazem de volta -Há pessoas que acham desnecessário o preenchimento de instrumentos autoreportados”	[- Entidade patronal não aceita a ""perda de tempo" relacionada com o preenchimento (...) -Há pessoas que acham desnecessário o preenchimento de instrumentos autoreportados]	129. Desvalorização pelo empregador 130. Desvalorização pelos utentes

-	-	-
“- Tempo disponível na sua aplicação - Compreensão por parte dos utentes”	[- Tempo disponível na sua aplicação - Compreensão (...) dos utentes]	131. Falta de tempo 132. Incompreensão dos PROM’s pelos utentes
- N utentes por hora - Casos crónicos	[- N utentes por hora]	133. Elevado número de utentes por hora
-	-	-
“Utentes vão mais em crise sem tanto acompanhamento regular”	[Utentes (...) sem tanto acompanhamento regular]	134. Falta de acompanhamento regular dos utentes
“- Tempo despendido - falta de envolvimento dos utentes”	[- Tempo despendido - falta de envolvimento dos utentes]	135. Tempo despendido no preenchimento 136. Falta de recetividade dos utentes
“- Falta de tempo - Dinâmica da clínica”	[- Falta de tempo]	137. Falta de tempo
“- Falta de tempo - Pouco conhecimento”	[- Falta de tempo - Pouco conhecimento]	138. Falta de tempo 139. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta
“- Quantidade de utentes a tratar por hora - Percepção do utente (possivelmente relacionado com a idade)”	[- Quantidade de utentes (...) por hora - Percepção do utente (...) relacionado com a idade]	140. Elevado número de utentes por hora 141. Incompreensão dos PROM’s por utentes mais velhos

<p>“- Falta de prática ao aplicá-los</p> <p>- Agenda clínica (sobreposição de utentes)</p> <p>- Pouca valorização por parte da clínica da importância da sua aplicabilidade”</p>	<p>[- Falta de prática (...)</p> <p>- (...) sobreposição de utentes</p> <p>- Pouca valorização por parte da clínica (...)</p>	<p>142. Falta de prática do fisioterapeuta</p> <p>143. Vários utentes em simultâneo</p> <p>144. Desvalorização pelo empregador</p>
<p>“- Tempo de aplicação</p> <p>- interesse dos utentes”</p>	<p>[- Tempo de aplicação</p> <p>- interesse dos utentes]</p>	<p>145. Tempo de aplicação</p> <p>146. Falta de interesse dos utentes</p>
<p>“- Não ter o total conhecimento, ainda, de todos os existentes e quais serão os mais indicados para cada situação clínica</p> <p>- Não incentivo à utilização dos mesmos”</p>	<p>[- Não ter o total conhecimento (...) de todos os existentes (...) quais serão os mais indicados para cada situação clínica</p> <p>- Não incentivo à utilização (...)]</p>	<p>147. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta</p> <p>148. Falta de incentivo pelo empregador</p>
<p>“- Disponibilidade dos pacientes</p> <p>- Falta de conhecimento acerca dos instrumentos”</p>	<p>[- Disponibilidade dos pacientes</p> <p>- Falta de conhecimento acerca dos instrumentos]</p>	<p>149. Falta de disponibilidade dos utentes</p> <p>150. Falta de conhecimento do fisioterapeuta</p>
<p>“- Tempo de intervenção/sessão por parte do fisioterapeuta</p> <p>- Acessibilidade aos instrumentos pretendidos”</p>	<p>[- Tempo de intervenção/sessão por parte do fisioterapeuta</p> <p>- Acessibilidade aos instrumentos (...)]</p>	<p>151. Falta de tempo</p>
<p>“- Dificuldade em explicar ao utente o instrumento e modo de classificação</p> <p>- Subjetiva relacionada com o instrumento”</p>	<p>[- Dificuldade em explicar ao utente o instrumento e modo de classificação</p> <p>- Subjetiva relacionada com o instrumento]</p>	<p>152. Dificuldade na explicação dos PROM's ao utente</p> <p>153. Subjetividade dos PROM's</p>
<p>“- Dificuldade de compreensão</p>	<p>[- Dificuldade de compreensão</p>	<p>154. Incompreensão dos PROM's pelos utentes</p> <p>155. Falta de tempo</p>

- tempo de aplicação elevado”	- tempo de aplicação elevado]	
“- Falta de tempo pelo elevado numero de pacientes - falta de compreensão por parte dos utentes”	[- Falta de tempo (...) elevado numero de pacientes - falta de compreensão (...) dos utentes]	156. Falta de tempo 157. Elevada afluência de utentes 158. Incompreensão dos PROM’s pelos utentes
“- Falta de tempo - dependência para com a prescrição do fisiatra”	[- Falta de tempo - dependência para com a prescrição do fisiatra]	159. Falta de tempo 160. Dependência da prescrição de MFR
“- Pouco Tempo disponível - Número de utente hora”	[- Pouco Tempo disponível - Número de utente hora]	161. Falta de tempo 162. Elevado número de utentes por hora
“- Falta de tempo - Falta de experiência a usar instrumento de avaliação”	[- Falta de tempo - Falta de experiência (...)]	163. Falta de tempo 164. Falta de experiência do fisioterapeuta
“- Dificuldade na interpretação - Tempo de preenchimento”	[- Dificuldade na interpretação - Tempo de preenchimento]	165. Dificuldade na interpretação pelos utentes 166. Dificuldade na interpretação pelo fisioterapeuta 167. Tempo de preenchimento
“- Baixa escolaridade da população. - População idosa.”	[- Baixa escolaridade da população. - População idosa.]	168. Baixa literacia/escolaridade dos utentes 169. Utentes idosos/baixa literacia
“- Tempo - Afluência de utentes”	[- Tempo - Afluência de utentes]	170. Falta de tempo 171. Elevada afluência de utentes
“- Tempo - logística”	[- Tempo]	172. Falta de tempo

<p>“- Grau de literacia dos utentes - Necessidade de acompanhamento durante o preenchimento”</p>	<p>[- Grau de literacia dos utentes - Necessidade de acompanhamento durante o preenchimento]</p>	<p>173. Baixa literacia dos utentes 174. Necessidade do fisioterapeuta para ajuda no preenchimento</p>
<p>“- Tempo necessário - método funcionamento da clínica”</p>	<p>[- Tempo necessário (...) funcionamento da clínica]</p>	<p>175. Tempo necessário para preenchimento 176. Regras de funcionamento do local de trabalho</p>
<p>“- O tempo - Afluência de utentes”</p>	<p>[- O tempo - Afluência de utentes]</p>	<p>177. Falta de tempo 178. Elevada afluência de utentes</p>
<p>“- Fiabilidade - tempo de preenchimento”</p>	<p>[- Fiabilidade - tempo de preenchimento]</p>	<p>179. Reduzida fiabilidade dos instrumentos 180. Tempo de preenchimento</p>
<p>“- População envelhecida - Tempo aplicação”</p>	<p>[- População envelhecida - Tempo aplicação]</p>	<p>181. População envelhecida 182. Tempo de aplicação</p>
<p>“- Tempo disponível. - Acessibilidade aos mesmos.”</p>	<p>[- Tempo disponível. - Acessibilidade aos mesmos.]</p>	<p>183. Falta de tempo 184. Falta de acessibilidade aos PROM's</p>
<p>“- Pouco tempo dedicado a registos - Falta de conhecimento desses instrumentos”</p>	<p>[- Pouco tempo dedicado a registos - Falta de conhecimento desses instrumentos]</p>	<p>185. Pouco tempo para registos no local de trabalho 186. Falta de conhecimentos dos instrumentos pelo fisioterapeuta</p>

“Má interpretação por parte dos utentes medida subjetiva”	[Má interpretação por parte dos utentes (...) subjetiva]	187. Falhas na interpretação dos instrumentos pelos utentes 188. Subjetividade dos instrumentos
“Pouco tempo para aceder a planear a utilização dos instrumentos pouca estimulação para a utilização”	[Pouco tempo para aceder a planear a utilização (...) pouca estimulação para a utilização]	189. Falta de tempo 190. Pouco estímulo para a utilização de PROM’s
“Tempo de tratamento impossibilidade de imprimir ou realizar em formato digital”	[Tempo de tratamento impossibilidade de imprimir ou realizar em formato digital]	191. Falta de tempo 192. Falta de acesso a PROM’s em formato papel ou digital
- O tempo de preenchimento dos instrumentos pelo paciente: muito tempo não favorece a sua adesão - Por vezes é necessário estar presente no momento do preenchimento para dar esclarecimentos - Adesão dos pacientes a estas formas de avaliação: verifico que não têm muita vontade em participar, porventura uma questão cultural...	[(...) tempo de preenchimento dos instrumentos pelo paciente: muito tempo não favorece a sua adesão (...) é necessário estar presente no momento do preenchimento para dar esclarecimentos - Adesão dos pacientes (...) não têm muita vontade em participar (...)	193. Demasiado tempo necessário para o preenchimento 194. Necessidade da presença do fisioterapeuta durante o preenchimento 195. Falta de receptividade dos utentes
“- O facto de trabalhar com pessoas maioritariamente idosas e analfabetas”	[(...) trabalhar com pessoas maioritariamente idosas e analfabetas]	196. Utentes idosos e com baixa literacia
“- Dificuldade”	-	-
“resto dos elementos na clínica não usam	[resto dos elementos na clínica não usam	197. Não utilização pelos outros colegas de trabalho 198. Tempo de aplicação demorado

tempo de aplicação demorado falta de interesse dos pacientes quando olham para eles”	tempo de aplicação demorado falta de interesse dos pacientes (...)]	199. Falta de interesse dos pacientes
“- Tempo que apresento de pratica clinica - Interesse por parte do utente”	[- Tempo (...) de pratica clinica - Interesse (...) do utente]	200. Experiência clínica do fisioterapeuta 201. Falta de interesse dos utentes
“tempo que demoram a ser preenchidos”	[tempo que demoram a ser preenchidos]	202. Tempo de preenchimento
“- Gestão de tempo na clínica. - Receptividade dos utentes.”	[- Gestão de tempo (...) - Receptividade dos utentes.]	203. Dificuldade na gestão do tempo disponível 204. Falta de receptividade dos utentes
“- Incompreensão por parte do utente da relevância da sua utilização; - Consumo de tempo.”	[- Incompreensão por parte do utente da relevância da sua utilização; - Consumo de tempo.]	205. Utente não compreende a relevância 206. Tempo necessário para a sua aplicação
“- A escassez de tempo para explicar o o que é, para que é e o porquê de aplicarmos esses instrumentos - Muitas vezes os dados que, retiro da avaliação subjetiva e objetiva (possivelmente pelo pouco tempo que tenho) não são coincidentes com o que o utente nos reportou nos inquéritos.”	[(...) escassez de tempo para explicar (...) esses instrumentos]	207. Falta de tempo
“- O fator tempo, por vezes, por ter muitos utentes por hora não me permitir explicar para quê e o porquê de aplicar aqueles instrumentos e a mensagem pode não chegar como eu queria ao utente	[- O fator tempo (...) ter muitos utentes por hora não me permitir explicar para quê e o porquê de aplicar aqueles instrumentos (...)]	208. Elevado número de utentes por hora 209. Falta de tempo

- Em certos casos, surge algumas disparidades no que eu esperaria encontrar no questionário comparado àquilo que eu avaliei, tanto na entrevista como na avaliação física (no pouco tempo que tenho)”		
“- Tempo de aplicação - Falta de uma plataforma onde estejam disponíveis os instrumentos”	[- Tempo de aplicação - Falta de uma plataforma onde estejam disponíveis os instrumentos]	210. Tempo de aplicação 211. Não-existência de base de dados com os PROM’s disponíveis
“- Falta de tempo devido ao elevado numero de utentes por hora. - Idade avançada da maioria dos utentes.”	[- Falta de tempo (...) elevado numero de utentes por hora. - Idade avançada da maioria dos utentes.]	212. Falta de tempo 213. Elevado número de utentes por hora 214. Idade avançada dos utentes
“- O tempo de tratamento - A predisposição do paciente”	[- O tempo de tratamento - A predisposição do paciente]	215. Falta de tempo 216. Falta de recetividade do paciente
“A negação e aceitação pelos utentes”	[A negação e aceitação pelos utentes]	217. Recetividade dos utentes
“- Cultura da organização de trabalho que não considera este aspecto relevante - Pobre cultura profissional dentro da fisioterapia que, no geral, abdica enquanto profissão de medir e divulgar resultados - A formação base não sensibiliza nem forma adequadamente os FTs para a utilização de proms - Falta de incentivos de diferentes ordens para a medição de	[- Cultura da organização de trabalho que não considera este aspecto relevante - Pobre cultura profissional dentro da fisioterapia que (...) abdica (...) de medir e divulgar resultados - (...) formação base não sensibiliza nem forma adequadamente os FTs para a utilização de proms - Falta de incentivos (...) para a medição de resultados	218. Desvalorização pela chefia/colegas de trabalho 219. Desvalorização pela classe profissional 220. Falta de conteúdos abordados na formação-base 221. Falta de incentivos para a medição de resultados 222. Falta de plataforma digitais que ajudem na medição dos resultados 223. Instrumentos longos e complexos 224. Necessidade de pagamento para a sua

<p>resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de plataformas digitais (simples) que facilitem a medição de resultados - Tamanho excessivo, complexidade e até necessidade de pagar a utilização de algumas proms” 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de plataformas digitais (...) que facilitem a medição de resultados - Tamanho excessivo, complexidade (...) necessidade de pagar a utilização de algumas proms] 	<p>utilização</p>
<ul style="list-style-type: none"> “- Ter duas pessoas por hora impede que utilize instrumentos mais extensos. - Alguns instrumentos não estão prontos a ser usados” 	<ul style="list-style-type: none"> [- Ter duas pessoas por hora impede que utilize instrumentos mais extensos. - Alguns instrumentos não estão prontos a ser usados] 	<p>225. Elevado número de utentes por hora 226. Falta de acesso aos PROM’s no imediato</p>
<p>“- Subjetividade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade do doente em reportar a sua patologia da forma mais fidedigna” 	<p>[- Subjetividade]</p>	<p>227. Subjetividade dos instrumentos</p>
<p>“1- Utentes analfabetos ou com fraco nível de escolaridade; 2- Tempo dispensado.”</p>	<p>[(...) Utentes analfabetos ou com fraco nível de escolaridade (...) Tempo dispensado]</p>	<p>228. Utentes com baixa literacia/nível de escolaridade 229. Tempo dispensado no preenchimento</p>
<p>“Logística”</p>		
<ul style="list-style-type: none"> “- Fraca receptividade de alguns pacientes em compreenderem a necessidade dos instrumentos. - Tempo terapêutico curto, poucas sessões.” 	<ul style="list-style-type: none"> [- Fraca receptividade de alguns pacientes em compreenderem a necessidade dos instrumentos. - Tempo terapêutico curto, poucas sessões.] 	<p>230. Baixa receptividade dos utentes 231. Não-compreensão da sua necessidade pelos utentes 232. Falta de um acompanhamento mais longo dos utentes</p>
<ul style="list-style-type: none"> “- Falta de conhecimento sobre os instrumentos - falta de tempo para análise dos mesmos” 	<ul style="list-style-type: none"> [- Falta de conhecimento sobre os instrumentos - falta de tempo para análise (...)] 	<p>233. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 234. Falta de tempo</p>

<p>“- Instrumentos demasiado extensos (ex.: Dash ou koos) que acabam por ter perguntas repetitivas</p> <p>- Muitas das vezes os utentes não atribuem significado, tendo em conta o seu estado de saúde e funcionalidade”</p>	<p>[- Instrumentos demasiado extensos (...) que acabam por ter perguntas repetitivas</p> <p>- (...) utentes não atribuem significado, tendo em conta o seu estado de saúde e funcionalidade]</p>	<p>235. Instrumentos demasiado extensos e repetitivos</p> <p>236. Utesntes não atribuem significado aos instrumentos</p>
<p>“- Não está implantado no serviço, pouca margem (seja tempo seja de estrutura MFR) para o fisioterapeuta ser "autónomo" nessa gestão;</p> <p>- Pessoalmente, não havendo estímulo do serviço nesse sentido, reconheço que não me esforço no dia a dia para alterar a situação.</p> <p>- Falta de recursos informáticos.”</p>	<p>[- Não (...) implantado no serviço, pouca margem (seja tempo seja de estrutura MFR) para o fisioterapeuta ser "autónomo" (...);</p> <p>- Pessoalmente (...) não me esforço no dia a dia para alterar a situação.</p> <p>- Falta de recursos informáticos.]</p>	<p>237. Falta de hábito no local de trabalho</p> <p>238. Falta de estímulo pelo empregador</p> <p>239. Pouca autonomia do fisioterapeuta (quer em tempo quer em estrutura MFR)</p> <p>240. Falta de esforço pessoal do fisioterapeuta</p> <p>241. Falta de recursos informáticos no local de trabalho</p>
<p>“- Tempo disponível</p> <p>- Aceitação do utente”</p>	<p>[- Tempo disponível</p> <p>- Aceitação do utente]</p>	<p>242. Falta de tempo</p> <p>243. Falta de aceitação do utente</p>
<p>“- Tempo</p> <p>- Descuido”</p>	<p>[- Tempo</p> <p>- Descuido]</p>	<p>244. Falta de tempo</p> <p>245. Pouco cuidado/importância dada pelo fisioterapeuta</p>
<p>“- Decisão acerca da periodicidade de aplicação</p> <p>- Disparidade na interpretação dos instrumentos entre colegas do local de trabalho</p> <p>- Interpretação individual dos dados conforme a finalidade dos mesmos (dados estatísticos vs interpretação clínica)”</p>	<p>[- Decisão acerca da periodicidade de aplicação</p> <p>- Disparidade na interpretação dos instrumentos entre colegas (...) de trabalho</p> <p>- Interpretação individual dos dados conforme a finalidade dos mesmos (dados estatísticos vs interpretação clínica)]</p>	<p>246. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta</p> <p>247. Diferentes interpretações entre colegas de trabalho</p> <p>248. Dados obtidos são interpretados consoante a sua finalidade</p>

- Falta de rotinas sistemáticas que contemplem a sua utilização; - Fraca atualização do leque de instrumentos disponíveis;	[- Falta de rotinas sistemáticas que contemplem a sua utilização; - Fraca atualização (...) de instrumentos disponíveis]	249. Falta de rotinas no local de trabalho 250. Poucos instrumentos disponíveis
“- Baixa literacia dos utentes - Dificuldade de objetivação por parte dos utentes - Pouca valorização por parte de alguns utentes.”	[- Baixa literacia dos utentes - Dificuldade de objetivação (...) dos utentes - Pouca valorização por (...) alguns utentes.]	251. Baixa literacia dos utentes 252. Elevada subjetividade dos utentes 253. Falta de valorização pelos utentes
-	-	-
“- Desconhecimento de instrumentos de medida autoreportados - Não ter acesso aos formulários dos instrumentos. - Ocasionalmente, a falta de tempo.”	[- Desconhecimento de instrumentos de medida autoreportados - Não ter acesso aos formulários dos instrumentos. - Ocasionalmente, a falta de tempo.]	254. Falta de conhecimento pelo fisioterapeuta 255. Falta de acesso aos PROM's 256. Falta de tempo
“- Tempo de sessão nem sempre permite a utilização e escrita de instrumentos autoreportados”	[- Tempo de sessão nem sempre permite a utilização e escrita de instrumentos autoreportados]	257. Falta de tempo
“- Complexidade e extensão de alguns instrumentos”	[- Complexidade e extensão de alguns instrumentos]	258. Alguns instrumentos longos e complexos
“- falta de estimulação pela equipa nesse contexto - falta de auto iniciativa nesse sentido”	[- falta de estimulação pela equipa (...) - falta de auto iniciativa (...)]	259. Falta de estímulo pela equipa de trabalho 260. Falta de auto-iniciativa do fisioterapeuta
“- Tempo - Praticabilidade”	[- Tempo - Praticabilidade]	261. Falta de tempo 262. A sua aplicação não é prática no decorrer do trabalho

<p>“- Gestão de tempo - Comodidade”</p>	<p>[- Gestão de tempo - Comodidade]</p>	<p>263. Falta de tempo 264. Comodidade do fisioterapeuta</p>
<p>“- Pouca valorização destes instrumentos possivelmente por desconhecer todas as mais valias associadas à sua utilização - Na formação base (licenciatura) pouca valorização destes instrumentos comparativamente a outros (goniometria, força muscular, testes funcionais, etc)”</p>	<p>[- Pouca valorização destes instrumentos (...) desconhecer (...) as mais valias associadas à sua utilização - Na formação base (...) pouca valorização destes instrumentos comparativamente a outros (goniometria, força muscular, testes funcionais, etc)]</p>	<p>265. Pouca valorização pelo fisioterapeuta 266. Falta de conhecimento do fisioterapeuta sobre os benefícios 267. Pouca valorização na formação-base face aos instrumentos centrados no observador</p>
<p>“- O tempo que demora o preenchimento e os utentes não estarem recetivos a tal por não entenderem a importância”</p>	<p>[- O tempo que demora o preenchimento (...) utentes não estarem recetivos (...) por não entenderem a importância]</p>	<p>268. Tempo de preenchimento 269. Falta de recetividade dos utentes 270. Importância não atribuída pelos utentes</p>
<p>“- Serem desvalorizados no dia-a-dia, não se criam rotinas de utilização. - Por vezes o utente não quer "enfrentar" a sua evolução”</p>	<p>[- (...) desvalorizados no dia-a-dia, não se criam rotinas de utilização. - (...) utente não quer "enfrentar" a sua evolução”]</p>	<p>271. Desvalorização diária no local de trabalho 272. Falta de aceitação do utente ao verificar a evolução</p>
<p>“- Tempo - Falta de compreensão por parte das chefias para uso de registos/instrumentos”</p>	<p>[- Tempo - Falta de compreensão por parte das chefias (...)]</p>	<p>273. Falta de tempo 274. Falta de compreensão do empregador/chefe</p>
<p>“- Aceitação na clínica - Aceitação por parte dos utentes”</p>	<p>[Aceitação na clínica - Aceitação (...) dos utentes]</p>	<p>275. Falta de aceitação no local de trabalho 276. Falta de aceitação pelos utentes</p>
<p>“- Falta de conhecimento de instrumentos - Falta de rotina”</p>	<p>[- Falta de conhecimento de instrumentos - Falta de rotina]</p>	<p>277. Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 278. Falta de hábito/rotina</p>

<p>“- Falta de tempo - Falta de conhecimento geral dos pacientes”</p>	<p>[- Falta de tempo - Falta de conhecimento (...) dos pacientes]</p>	<p>279. Falta de tempo 280. Falta de conhecimento pelos pacientes</p>
<p>“- Tempo gasto na utilização (retira tempo ao tratamento) - Necessidade de ter os instrumentos por perto.”</p>	<p>[- Tempo gasto na utilização (...) - Necessidade de ter os instrumentos por perto.]</p>	<p>281. Tempo gasto na utilização 282. Necessidade de ter acesso a PROM's para uso imediato</p>

Apêndice I – Temas formados pelas barreiras

BARREIRAS

Temas	Códigos		
Competências do Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Não saber que instrumento deve escolher 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conteúdos abordados na formação-base 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade do fisioterapeuta em explicar a importância dos PROM's
	<ul style="list-style-type: none"> • Conteúdos pouco abordados na formação-base 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • PROM's difíceis de interpretar pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de esforço pessoal do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca experiência na aplicação de PROM's • Falta de conhecimentos pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco cuidado/importância dada pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na explicação dos PROM's ao utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de experiência do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Incompreensão dos PROM's pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na compreensão pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na interpretação pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Incompreensão dos PROM's pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de auto-iniciativa do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na compreensão pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Comodidade do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta na escolha dos PROM's 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos dos instrumentos pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca valorização pelo fisioterapeuta • Falta de conhecimento do fisioterapeuta sobre os benefícios • Pouca valorização na formação-base face aos instrumentos centrados no observador 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência clínica do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conteúdos abordados na formação-base 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de prática do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Vários locais de trabalho diferentes
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimentos do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificil acesso às propriedades psicométricas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de esforço pessoal do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de hábito na avaliação de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de rotina do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados obtidos são interpretados consoante a sua finalidade
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na gestão do tempo pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na gestão do tempo disponível 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na compreensão pelos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na interpretação pelos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade no preenchimento autónomo dos PROM's • Baixa literacia/escolaridade dos utentes

Características dos Utentes	• Incompreensão por utentes mais velhos	• Baixa literacia/escolaridade dos utentes	• Utentes com baixa literacia/escolaridade
	• Incompreensão dos PROM's pelos utentes	• Utentes idosos/baixa literacia	• Utentes com baixa literacia/escolaridade
	• Baixa escolaridade/literacia dos utentes	• População-alvo com baixo grau de literacia/escolaridade	• População-alvo com baixo grau de literacia/escolaridade
	• Incompreensão dos PROM's pelos utentes	• Baixa literacia dos utentes • Necessidade do fisioterapeuta para ajuda no preenchimento	• Paciente não percebe os instrumentos
	• Incompreensão dos PROM's pelos utentes	• População envelhecida	• Dificuldade na interpretação pelos utentes
	• Incompreensão dos PROM's por utentes mais velhos	• Falhas na interpretação dos instrumentos pelos utentes	• Utentes idosos e com baixa literacia
	• Incompreensão dos PROM's pelos utentes	• Necessidade da presença do fisioterapeuta durante o preenchimento	• Baixa literacia dos utentes
	• Idade avançada dos utentes	• Utentes com baixa literacia/nível de escolaridade	• Incompreensão dos PROM's pelos utentes
	• Baixa literacia/escolaridade dos utentes	• Falta de conhecimento pelos pacientes	• PROM's são pouco relevantes para os utentes
	• Falta de abertura dos utentes	• Incompreensão dos PROM's pelos utentes	• Não valorização dos PROM's pelo cliente
	• Pouca recetividade do cliente	• Falta de recetividade dos utentes	• Falta de recetividade pelo paciente
	• Falta de recetividade dos utentes	• Falta de interesse dos utentes	• Falta de disponibilidade pelos utentes
	• Falta de recetividade dos utentes	• Falta de recetividade dos utentes	• Desvalorização pelos utentes
	• Falta de recetividade dos utentes	• Falta de abertura dos utentes	• Recetividade dos utentes
	• Falta de interesse dos utentes	• Pouca recetividade do cliente	• Utentes não atribuem significado aos instrumentos
	• Falta de recetividade dos utentes	• Falta de recetividade dos utentes	• Falta de recetividade dos utentes
	• Baixa recetividade dos utentes	• Falta de recetividade dos utentes	• Baixa recetividade dos utentes
	• Falta de colaboração dos utentes • Pouca recetividade dos utentes	• Falta de disponibilidade dos utentes	• Falta de aceitação do utente
	• Falta de recetividade dos utentes • Falta de interesse dos utentes	• Falta de disponibilidade dos utentes • Falta de interesse dos pacientes	• Importância não atribuída pelos utentes • Falta de aceitação pelos utentes
	• Falta de recetividade do paciente • Falta de valorização pelos utentes • Idade dos utentes inferior a 18 anos	• Utente não compreende a relevância • Falta de aceitação do utente ao verificar a evolução	• Não-compreensão da sua necessidade pelos utentes • Maior utilidade em casos crónicos
	• Regras de funcionamento do local de trabalho	• Falta de hábito no local de trabalho	• Falta de acesso a PROM's no local de trabalho
• Falta de hábito no local de trabalho	• Necessidade de organizar a agenda laboral	• Falta de acesso a PROM's em formato papel ou digital	
• Falta de rotinas no local de trabalho	• Regras de funcionamento do local de trabalho	• Falta de plataforma digitais que ajudem na medição dos resultados	
• A sua aplicação não é prática no decorrer do trabalho	• Falta de acesso imediato aos PROM's	• Falta de acesso aos PROM's	
• Falta de acesso aos PROM's no imediato	• Falta de material informático para ter acesso aos	• Falta de recursos informáticos no local de trabalho	

Condições de Trabalho		instrumentos	
	• Falta de condições para aplicação de PROM's no local de trabalho	• Falta de acesso a PROM's	• Poucos instrumentos disponíveis
	• Falta de acesso imediato a PROM's em formato de papel	• Falta de acessibilidade aos PROM's	• Falta de acesso aos PROM's
	• Falta de material informático para ter acesso aos instrumentos	• Não-existência de base de dados com os PROM's disponíveis	• Necessidade de ter acesso a PROM's para uso imediato
	• Falta de estímulo pelo empregador	• Falta de incentivos para a medição de resultados	• Desvalorização pelo empregador
	• Empregador desvaloriza a avaliação de resultados	• Falta de estímulo pelo empregador	• Desvalorização pelo empregador
	• Desvalorização pelo empregador	• Falta de estímulo pela equipa de trabalho	• Falta de incentivo pelo empregador
	• Falta de estímulo pelo empregador/coordenador	• Desvalorização diária no local de trabalho	• Pouco estímulo para a utilização de PROM's
	• Falta de estímulo no trabalho	• Falta de compreensão do empregador/chefe	• Não utilização pelos outros colegas de trabalho
	• Oposição do empregador	• Falta de aceitação no local de trabalho	• Desvalorização pela chefia/colegas de trabalho
	• Falta de incentivo pelo empregador	• Desvalorização pelo empregador	• Desvalorização pelo empregador
	• Critérios institucionais incorretos na escolha de PROM's	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Ter um elevado número de utentes por hora	• Falta de tempo	• Elevada afluência de utentes
	• Falta de tempo	• Pouco tempo disponível para tratamento	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo para responder	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Elevada afluência de utentes	• Pouco tempo para registos no local de trabalho
	• Falta de tempo	• Falta de um acompanhamento mais longo dos utentes	• Falta de tempo
	• Ter um elevado número de utentes	• Pouca autonomia do fisioterapeuta em estrutura MFR	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Elevado número de utentes por hora • Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo • Elevado número de utentes por hora	• Elevado número de utentes por hora
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Elevado número de utentes por hora	• Falta de tempo
	• Pouco tempo disponível • Grande volume de utentes	• Vários utentes em simultâneo	• Falta de tempo

	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Elevada afluência de utentes
	• Falta de tempo para explicar os instrumentos	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Pouca autonomia do fisioterapeuta em tempo
	• Falta de tempo	• Elevado número de utentes por hora	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Falta de tempo	• Elevado número de utentes por hora
	• Pouco tempo disponível	• Falta de tempo	• Falta de tempo
	• Falta de tempo	• Interrupção da consulta para preenchimento dos PROM's	• Falta de tempo
	• Falta de disponibilidade do fisioterapeuta	• Uso de papel	• Dependência da prescrição de MFR
	• Falta de tempo	• Falta de acompanhamento regular dos utentes	• Gastos com instrumentos em formato papel
	• Dificuldade no acesso a PROM's		
Propriedades/Limitações dos Instrumentos	• Reduzida fiabilidade dos instrumentos	• Necessidade de pagamento para a sua utilização	• Fiabilidade limitada
	• Foco apenas na lesão mais importante em politraumatizados	• Elevada subjetividade dos utentes	• Subjetividade dos instrumentos
	• Tradução incorreta dos instrumentos	• Diferentes interpretações entre colegas de trabalho	• Subjetividade dos instrumentos
	• Não-validação para a população portuguesa	• Subjetividade dos PROM's	• Necessidade de tratamento dos dados obtidos
	• Falta de PROM's adequados	• Subjetividade dos PROM's	• PROM's são instrumentos difíceis de aplicar
	• PROM's difíceis de interpretar pelos utentes	• Subjetividade dos PROM's	• Elevada dimensão dos instrumentos
	• Tempo necessário para o preenchimento	• Falta de validação para língua portuguesa	• Tempo de aplicação
	• Tempo dispensado no preenchimento	• Não-validação para a população portuguesa	• Tempo necessário para aplicação e análise
	• Tempo necessário para preenchimento	• Tempo necessário para aplicação	• Tempo despendido no preenchimento
	• Instrumentos longos e complexos	• Demasiado tempo necessário para o preenchimento	• Tempo de aplicação
	• Tempo de preenchimento	• Tempo necessário para preenchimento e análise	• Tempo necessário para a sua aplicação
	• Tempo gasto na aplicação	• Tempo de preenchimento	• Instrumentos demasiado extensos e repetitivos
	• Tempo de preenchimento	• Tempo dispensado	• Tempo necessário para preenchimento
	• Tempo de aplicação	• Tempo de aplicação necessário	• Tempo de aplicação demorado
	• Tempo gasto na utilização	• Alguns instrumentos longos e complexos	• Tempo de preenchimento

Apêndice J – Codificação dos facilitadores

FACILITADORES

<u>DADOS OBTIDOS (TEXTO ORIGINAL)</u>	<u>EXTRATOS DE SUPORTE</u>	<u>CÓDIGOS</u>
“- Acesso a Internet“	[Acesso a Internet]	1. Acesso a Internet
“- Valorização da aplicação de instrumentos por parte do fisioterapeuta - Contributo para a medição de resultados“	[- Valorização da aplicação de instrumentos por (...) fisioterapeuta - Contributo para a medição de resultados]	2. Valorização pelo fisioterapeuta 3. Contributo para medição de resultados
“- Ter 1 hora por utente - O facto de ser obrigatória a utilização na empresa onde trabalho - O facto de utilizarmos os PROM's em formato digital (preenchido num tablet)“	[(...) 1 hora por utente (...) ser obrigatória a utilização (...) (...) PROM's em formato digital (...)]	4. Mais tempo disponível 5. Utilização obrigatória no local de trabalho 6. PROM's em formato digital
“1- Formação nesta área na formação base e mestrados 2- Existência de plataformas dentro de cada clínica que permita o registo simples e avaliação de resultados padronizado 3- Tornar-se uma obrigatoriedade dentro dos locais de trabalho ou para fins de progressão de carreira“	[(...) Formação nesta área (...) (...) Existência de plataformas (...) que permita o registo simples e avaliação de resultados padronizado (...) obrigatoriedade dentro dos locais de trabalho ou para fins de progressão de carreira]	7. Formação relacionada com PROM's 8. Plataforma digital para registo 9. Utilização obrigatória no local de trabalho 10. Utilização obrigatória para progressão de carreira

“- o conhecimento dos instrumentos que existem“	[(...) o conhecimento dos instrumentos (...)]	11. Conhecimentos do fisioterapeuta
“- Logística facilitadora do processo (no serviço existe uma divisão já com diferentes instrumentos impressos para diversas condições clínicas) - motivação do fisioterapeuta para tal (compreensão da importância)“	[Logística facilitadora (...) instrumentos impressos para diversas condições clínicas motivação do fisioterapeuta (...) compreensão da importância]	12. Acesso aos PROM's em formato papel 13. Maior importância atribuída pelo fisioterapeuta
“- Tempo disponível - exercício liberal (sem qualquer prescrição hierárquica, total autonomia)“	[Tempo disponível exercício liberal (...)]	14. Mais tempo disponível 15. Exercício autónomo/liberal
“- organização do processo - integração em sistema que permita análise dos dados“	[organização do processo (...) sistema que permita análise dos dados]	16. Maior organização laboral do fisioterapeuta 17. Plataforma digital de análise dos dados
“- impressão sistemática - distribuição, explicação e recolha pela secretária“	[impressão sistemática -distribuição, explicação e recolha pela secretária]	18. Acesso aos PROM's em formato papel 19. Distribuição e recolha dos PROM's por outro funcionário
“- Usar meios eletrónicos - auto calcular scores - dar relevo a sub pontos que possam servir de * subjectivos para avaliar o paciente“	[- Usar meios eletrónicos - auto calcular scores - dar relevo a sub pontos que possam servir de * subjectivos (...)]	20. PROM's em formato digital 21. Cálculo automático das pontuações obtidas 22. Maior importância na deteção de sinais subjectivos
“1. Atendimento de 1 doente por hora (ter tempo suficiente	[(...) ter tempo suficiente para a aplicação do	23. Mais tempo disponível

para a aplicação do instrumento) “	instrumento]	
“- Interesse dos utentes e dos colegas profissionais - crença pessoal que beneficia os utentes“	[- Interesse dos utentes e dos colegas (...) - crença pessoal (...)]	24. Interesse dos utentes e dos colegas de trabalho 25. Crença do fisioterapeuta no benefício para os utentes
“- Contexto privado - Cliente entender como a avaliação objectiva contribui para o melhor entendimento da sua condição“	[- Contexto privado - Cliente entender como a avaliação objectiva contribui para (...) entendimento da (...) condição]	26. Trabalhar em contexto privado 27. Maior perceção da sua importância pelos utentes
“- Necessidade de fazer relatórios periódicos da situação clínica do utente para alguns médicos. - Motivar o utente para o programa de tratamento“	[- Necessidade de (...) relatórios periódicos da situação clínica do utente para alguns médicos. - Motivar o utente (...)]	28. Elaboração de relatórios clínicos da evolução dos utentes 29. Aumentar a motivação do utente para o tratamento
“- Construção de base de dados para complicar os resultados da prática clínica - Monitorizar a evolução dos pacientes“	[Construção de base de dados para complicar os resultados (...) Monitorizar a evolução (...)]	30. Base de dados digital para registo dos resultados 31. Monitorização da evolução dos utentes
“- maneira de demonstrar resultados - entender melhor o paciente“	[(...) demonstrar resultados entender melhor o paciente]	32. Forma de demonstrar os resultados obtidos 33. Melhorar o entendimento do paciente
“- Mais tempo de avaliação - ter os instrumentos à mão“	[Mais tempo (...) (...) instrumentos à mão]	34. Mais tempo disponível 35. Acesso imediato aos PROM's
“- Verificar a evolução que tiveram para os utentes se sentirem responsabilizados pelo seu tratamento“	[Verificar a evolução (...) utentes se sentirem responsabilizados pelo seu tratamento]	36. Monitorização da evolução dos utentes 37. Responsabilização dos utentes quanto à sua recuperação

“- Avaliação mais rigorosa - Percepção correta”	[- Avaliação mais rigorosa - Percepção correta]	38. Avaliação mais rigorosa do utente 39. Melhor percepção dos sintomas/limitações pelo fisioterapeuta
-	-	-
“- Validação para a população portuguesa”	[- Validação para a população portuguesa]	40. Validação para a população portuguesa
“- Mais informação sobre o tema - Mais tempo”	[- Mais informação sobre o tema - Mais tempo]	41. Maior quantidade de informação sobre PROM's 42. Mais tempo disponível
“- Tempo de sessão (1 utente por hora) - Contexto onde estou inserido (atletas que vejo várias vezes por semana) “	[- Tempo de sessão (...) (...) atletas que vejo várias vezes por semana)]	43. Mais tempo disponível 44. Utentes com monitorização frequente
“- Tempo de sessão (1 utente por hora) - Contexto (atletas que estão habituados a varios tipos de avaliações ao longo da carreira)“	[- Tempo de sessão (...) (...) atletas que estão habituados a varios tipos de avaliações ao longo da carreira]	45. Mais tempo disponível 46. Utentes com monitorização frequente
“- Participação do utente - Avaliação de possível progressão/melhoria“	[- Participação do utente - Avaliação de possível progressão (...)]	47. Aumento da participação do utente 48. Avaliação da progressão obtida pelo utente
“- Tenho tempo que for necessário para os utentes; - Tenho autonomia para aplicar a intervenção que considero ser mais adequada“	[(...) tempo (...) necessário para os utentes; (...) autonomia para aplicar a intervenção (...) mais adequada]	49. Mais tempo disponível 50. Exercício liberal/autónomo do fisioterapeuta

-	-	-
“- Atender apenas um cliente por hora - Facilitação de registo“	[(...) um cliente por hora - Facilitação de registo]	51. Mais tempo disponível 52. Protocolos de registo simples e rápidos
“- A necessidade de demonstrar resultados tanto para utentes como para os pares (eg. médicos que referenciam...) - Equipa motivada e crítica quanto à necessidade de registar e avaliar resultados da intervenção; - Abertura para a utilização de plataformas de registo/ avaliação online. “	[(...) necessidade de demonstrar resultados (...) (...) equipa motivada e crítica (...) necessidade de registar e avaliar resultados da intervenção; (...) plataformas de registo/ avaliação online.]	53. Forma de demonstrar os resultados obtidos 54. Equipa de trabalho motivada para a avaliação de resultados 55. Plataforma digital para registo de resultados
“- Facilidade de percepção do estado actual do paciente. - Maior inclusão do paciente no tratamento. “	[(...) percepção do estado actual do paciente. - Maior inclusão do paciente no tratamento.]	56. Aumento da percepção do estado de saúde do utente 57. Maior envolvimento do utente
“- Percepção dos resultados e/ou condição clínica - participação mais activa dos utentes no processo de fisioterapia“	[- Percepção dos resultados e/ou condição clínica - participação mais activa dos utentes (...)]	58. Maior percepção da condição/resultados obtidos 59. Participação mais activa dos utentes
“- Tempo disponível durante as sessões para a utilização de instrumentos autoreportados; - Disponibilidade dos utentes para o seu preenchimento.“	[- Tempo disponível (...) - Disponibilidade dos utentes para o seu preenchimento.]	60. Mais tempo disponível 61. Maior disponibilidade dos utentes
“- Doentes compreenderem o valor do instrumento	[- Doentes compreenderem o valor do instrumento	62. Percepção do valor dos PROM's pelos utentes 63. Dados úteis para avaliação de resultados

- aporte de informação que pode trazer para resultados/prática clínica“	(...) informação que pode trazer para resultados/prática clínica]	
-	-	-
“- A sua utilidade“	[(...) utilidade]	64. Utilidade dos instrumentos
“- Facilidade de aplicação - melhor percepção dos resultados“	[Facilidade de aplicação Melhor percepção dos resultados]	65. Facilidade de aplicação 66. Melhor percepção dos resultados obtidos
“- Liberdade de tempo, o que me permite utilizá-los quando me apetecer sem pensar se tenho tempo ou não para a sua aplicação. - Facilidade de utilização dos mesmo, uma vez que temos os instrumentos em gabinete para uso. “	[Liberdade de tempo (...) utilizá-los quando me apetecer (...) Facilidade de utilização (...) instrumentos em gabinete para uso.]	67. Mais tempo disponível 68. Acesso imediato no local de trabalho
“- Maior facilidade na preparação e entrega dos instrumentos aos utentes - Mais tempo disponível para a explicação dos instrumentos aos utentes“	[- Maior facilidade na preparação e entrega dos instrumentos (...) - Mais tempo disponível (...)]	69. Maior facilidade na disponibilização aos utentes 70. Mais tempo disponível
“- Idade jovem dos utentes, mais abertos a isso - Muitos casos de ME“	[- Idade jovem dos utentes, mais abertos (...) - Muitos casos de ME]	71. Utentes jovens abertos à utilização de PROM's 72. Elevado número de casos ME
“- O facto de trabalhar em gabinete - População com mais literacia/instrução“	[(...) trabalhar em gabinete - População com mais literacia (...)]	73. Trabalhar em gabinete privado 74. Utentes com maior literacia

<p>“- Alguns instrumentos estão disponíveis no meu local de trabalho</p> <p>- Tempo para a aplicação dos instrumentos quando necessário.”</p>	<p>[- Alguns instrumentos (...) disponíveis no (...) local de trabalho</p> <p>- Tempo para a aplicação (...)]</p>	<p>75. Acesso aos instrumentos no local de trabalho</p> <p>76. Mais tempo disponível</p>
<p>“- 1) Motivação do utente.</p> <p>- 2) Avaliação dos resultados.”</p>	<p>[- 1) Motivação do utente.</p> <p>- 2) Avaliação dos resultados.]</p>	<p>77. Utentes motivados para a sua aplicação</p> <p>78. Utilidade na avaliação dos resultados</p>
<p>“- Mais tempo por pessoa”</p>	<p>[- Mais tempo (...)]</p>	<p>79. Mais tempo disponível</p>
<p>“- Compreensão hoslística do paciente”</p>	<p>[- Compreensão hoslística do paciente]</p>	<p>80. Permitem compreensão holística do paciente</p>
<p>“- Interesse pela investigação</p> <p>- Recursos materiais”</p>	<p>[- Interesse pela investigação</p> <p>- Recursos materiais]</p>	<p>81. Interesse do fisioterapeuta pela investigação clínica</p> <p>82. Existência de recursos materiais no local de trabalho</p>
<p>“- Permitir verificar evolução das dores/limitações por parte dos utentes</p> <p>- Permitir a integração do doente no seu processo de reabilitação”</p>	<p>[(...) verificar evolução das dores/limitações por parte dos utentes</p> <p>- Permitir a integração do doente (...)]</p>	<p>83. Monitorizar a evolução do estado clínico dos utentes</p> <p>84. Permitir a integração do utente</p>
<p>“- Recetividade dos utentes</p> <p>- Facilidade de acesso. “</p>	<p>[- Recetividade dos utentes</p> <p>- Facilidade de acesso.]</p>	<p>85. Aumento da recetividade dos utentes</p> <p>86. Facilidade de acesso aos PROM's</p>
<p>“- Necessidade de mensurar”</p>	<p>[- Necessidade de mensurar]</p>	<p>87. Necessidade em mensurar resultados</p>

<p>“- Avaliação de resultados - Definição de padrões de prática“</p>	<p>[- Avaliação de resultados - Definição de padrões de prática]</p>	<p>88. Avaliação dos resultados na prática clínica 89. Melhorias dos padrões de prática clínica</p>
<p>“- Percepção da importância da utilização de instrumentos autoreportados - Nível de envolvimento do utente no processo de intervenção“</p>	<p>[- Percepção da importância (...) - Nível de envolvimento do utente (...)]</p>	<p>90. Percepção da importância dos PROM's pelo fisioterapeuta 91. Nível de envolvimento do utente</p>
<p>“- Existência de associações ou guidelines que aconselham medidas para aplicar (à partida serão simples e fáceis de aplicar) - Com a aplicação desses instrumentos, o facto de existir uma medida objetiva para ver evolução da pessoa.“</p>	<p>[(...) guidelines que aconselham medidas para aplicar (...) (...) existir uma medida objetiva para ver evolução da pessoa.“</p>	<p>92. Existência de diretrizes para aplicação de PROM's 93. Serem medidas objetivas que permitem verificar a evolução do utente</p>
<p>“- Melhor avaliação - controlo da progressão“</p>	<p>[- Melhor avaliação - controlo da progressão]</p>	<p>94. Permitem melhor avaliação dos casos clínicos 95. Maior controlo da progressão do estado clínico</p>
<p>“- Haver instrumentos específicos válidos - Os instrumentos que existem terem utilidade clínica“</p>	<p>[- Haver instrumentos (...) válidos - Os instrumentos (...) terem utilidade clínica]</p>	<p>96. Validade dos instrumentos 97. Utilidade clínica dos instrumentos</p>
<p>“- Empresa focada em recolher dados quantitativos e qualitativos de todos os pacientes para fundamentar a nossa intervenção - Material digital para tornar o processo mais prático“</p>	<p>[(...) recolher dados quantitativos e qualitativos (...) para fundamentar (...) intervenção - Material digital (...)]</p>	<p>98. Dados úteis para fundamentar a intervenção 99. PROM's em formato digital</p>

“- organização do serviço - diminuição do número de utentes“	[- organização do serviço - diminuição do número de utentes]	100. Maior organização no serviço laboral 101. Menor número de utentes
“- Tempo por sessão (1h por cada paciente) - Necessidade de objectivar os resultados obtidos com o tratamento (avaliar, tratar, reavaliar) “	[- Tempo por sessão (...) - Necessidade de objectivar os resultados obtidos (...)]	102. Mais tempo disponível 103. Necessidade de objectivar os resultados obtidos
“- A sua utilidade na formulação do plano de intervenção“	[(...) utilidade na formulação do plano de intervenção]	104. Dados úteis para fundamentar intervenção
“- Maior iniciativa por parte do doente“	[Maior iniciativa (...) do doente]	105. Maior iniciativa do utente
“- Tempo com o utente; - Espaço clínico privado; - Utente Jovens; - Avaliação mais pormenorizada dos resultados.“	[- Tempo (...); - Espaço clínico privado; - Utente Jovens; - Avaliação mais pormenorizada dos resultados.]	106. Mais tempo disponível 107. Trabalhar em contexto privado 108. Idade jovem dos utentes 109. Avaliação mais pormenorizada dos resultados
“- Instrumentos de medição objetiva inacessíveis. - Variáveis em análise sem outras formas de medição objetiva. “	[- Instrumentos de medição objetiva inacessíveis. - Variáveis (...) sem outras formas de medição objetiva.]	110. Instrumentos objetivos inacessíveis 111. Variáveis sem forma de medição objetiva
“- Disponibilidade dos instrumentos - Formação complementar“	[- Disponibilidade dos instrumentos - Formação complementar]	112. Disponibilidade dos instrumentos no trabalho 113. Formação complementar relacionada com PROM's
“- O facto de gerir a minha própria agenda / tempo.	[(...) gerir a minha própria agenda / tempo.	114. Gestão pessoal do tempo disponível 115. Exercício liberal/autónomo

- Poder implementar o que achar pertinente. “	(...) implementar o que achar pertinente.]	
“- Tenho apenas 1 utente por hora (o que é facilitador) -Tenho a possibilidade de comunicar via online com os utentes mais novos“	[(...) apenas 1 utente por hora (...) (...) comunicar via online com os utentes mais novos]	116. Mais tempo disponível por utente 117. Idade jovem dos utentes 118. Comunicar de forma digital com os utentes
“- São de utilização obrigatória“	[(...) utilização obrigatória]	119. Utilização obrigatória no local de trabalho
“- Medição de resultados - Alterar procedimentos“	[- Medição de resultados - Alterar procedimentos]	120. Utilidade na avaliação de resultados 121. Alteração dos procedimentos na prática clínica
“- Menor n de utentes hora - Condições clínicas“	[- Menor n de utentes hora]	122. Menor número de utentes
-	-	-
“- Tempo com o utente - Liberdade de atuação no diagnóstico e tratamento“	[- Tempo (...) - Liberdade de atuação (...)]	123. Mais tempo disponível 124. Exercício liberal/autónomo
“- Idade - competências de autogestão da condição“	[- Idade - competências de autogestão (...)]	125. Idade mais jovem dos utentes 126. Aumentar a autogestão da condição pelo utente
“- Ter mais tempo - Tornar-se prática habitual da clínica“	[(...) mais tempo (...) prática habitual da clínica]	127. Mais tempo disponível 128. Prática habitual no local de trabalho
“- Ter mais tempo por utente	[(...) mais tempo (...)	129. Mais tempo disponível 130. Formação complementar relacionada com

- Cursos sobre o tema“	- Cursos sobre o tema]	PROM's
“- Os utentes passam mais tempo em casa / no trabalho do que no tratamento e essas ferramentas podem ajudar à pessoa a ter uma noção de evolução. “	[(...) ajudar à pessoa a ter uma noção de evolução.]	131. Aumento da perceção da evolução pelo utente
“- Educar os utentes à importância da aplicação dos instrumentos; - Haver flexibilidade para na primeira sessão se proceder a uma avaliação clínica em Fisioterapia incluindo a aplicação de instrumentos; - Todos os colegas estarem dispostos a mudanças da sua prática clínica. “	[- Educar os utentes à importância da aplicação (...) (...) flexibilidade para na primeira sessão se proceder (...) a aplicação de instrumentos; (...) colegas estarem dispostos a mudanças da sua prática (...)]	132. Educação ao utente sobre a importância de PROM's 133. Flexibilidade de tempo nas sessões 134. Alteração da prática clínica dos colegas de trabalho
“- Autonomia - reavaliação“	[- Autonomia - reavaliação]	135. Exercício liberal/autónomo 136. Utilidade na reavaliação de resultados
“- Estimulação para o recurso aos mesmos - Mais tempo para implementar os instrumentos e explicá-los e avaliar os resultados, na prática clínica“	[- Estimulação para o recurso aos mesmos - Mais tempo (...)]	137. Estímulo no local de trabalho 138. Mais tempo disponível
“- Interpretação de resultados - Variedade de instrumentos disponíveis“	[- Interpretação de resultados - Variedade de instrumentos disponíveis]	139. Melhoria da interpretação dos resultados 140. Número elevado de PROM's disponíveis
“- Disponibilidade dos pacientes	[- Disponibilidade dos pacientes	141. Disponibilidade dos utentes 142. Mais tempo disponível

- 1 hora de duração do tratamento (tempo para preenchimento durante sessão) “	(...) tempo para preenchimento (...)]	
“- O tempo da sessão, por ser de 1h sinto que tenho tempo suficiente para recorrer a instrumentos de medida - Com recurso a estes testes, os utentes têm uma melhor percepção e consciência da sua condição clínica - Com recurso a estes testes, os utentes podem ver progressos ou retrocessos na evolução clínica pela reavaliação clínica“	[(...) tempo suficiente (...) utentes têm uma melhor percepção e consciência da sua condição clínica (...) utentes podem ver progressos ou retrocessos na evolução clínica (...)]	143. Mais tempo disponível 144. Aumento da percepção da condição clínica pelo utente 145. Monitorização da evolução clínica pelo utente
“- Rápida aplicação - utilização de meios para melhor compreensão do questionário (ex: cores ou emojis na escala visual numérica) “	[- Rápida aplicação - utilização de meios para melhor compreensão (...)]	146. Serem de rápida aplicação 147. Utilização de meios gráficos para aumento da compreensão pelo utente
“- Capacidade de avaliação e progressão do tratamento“	[- Capacidade de avaliação e progressão do tratamento]	148. Monitorização da evolução clínica
“- Reconhecimento da validade e utilidade destes instrumentos - globalmente receber utentes motivados em serem agentes activos na sua recuperação“	[- Reconhecimento da validade e utilidade (...) (...) receber utentes motivados em serem agentes activos (...)	149. Reconhecimento da validade e utilidade pelo fisioterapeuta 150. Utesntes serem ativos na sua recuperação
“- Tempo para cada utente - Condições físicas do local de trabalho“	[- Tempo (...) - Condições físicas do local de trabalho]	151. Mais tempo disponível 152. Existência de material informático para obtenção de PROM's no local de trabalho

“- Capacidade de comparar resultados - Fiabilidade dos instrumentos“	[- Capacidade de comparar resultados - Fiabilidade dos instrumentos]	153. Utilidade na comparação de resultados 154. Fiabilidade
“- Simplicidade dos instrumentos - dimensão do instrumento“	[- Simplicidade dos instrumentos - dimensão do instrumento]	155. Instrumentos de compreensão simples 156. Instrumentos de tamanho reduzido
“- Ajuda do profissional para interpretação das perguntas. - Ajuda no preenchimento do mesmo. “	[- Ajuda do profissional para interpretação das perguntas (...)]	157. Ajuda no preenchimento pelo profissional
“- Avaliação do tratamento - Diagnóstico“	[- Avaliação do tratamento - Diagnóstico]	158. Utilidade na avaliação dos resultados 159. Utilidade na formulação de um diagnóstico
“- individualidade - proximidade“	[- individualidade - proximidade]	160. Instrumentos preenchidos de forma individual 161. Aumento da proximidade com o utente
“- Rapidez de execução - Questões curtas e perceptíveis“	[- Rapidez de execução - Questões curtas e perceptíveis]	162. Rapidez no preenchimento 163. Questões curtas e de fácil compreensão pelo utente
“- Avaliação dos resultados - avaliação das necessidades do individuo“	[- avaliação das necessidades do individuo]	164. Utilidade na avaliação das necessidades do utente
“- utentes receptivos - ambiente profissional onde temos liberdade total nos	[- utentes receptivos (...) liberdade total nos meios de avaliação e tratamentos]	165. Recetividade dos utentes 166. Autonomia no local de trabalho

meios de avaliação e tratamentos. “		
“- Perspectiva do utente com mais credibilidade - Tempo de duração de preenchimento menor“	[- Perspectiva do utente com mais credibilidade - Tempo (...) de preenchimento menor]	167. Aumento da credibilidade do utente 168. Diminuição do tempo necessário para preenchimento
“- Intervenção centrada no utente - Melhores resultados“	[- Intervenção centrada no utente - Melhores resultados]	169. Aplicação de uma prática centrada no utente 170. Melhoria dos resultados clínicos obtidos
“- Recetividade dos utentes. - Nível de importância que atribuo. “	[- Recetividade dos utentes. (...) importância que atribuo.]	171. Elevada recetividade pelos utentes 172. Importância atribuída pelo fisioterapeuta
“- Liberdade de atuação (autonomia) - Ter tempo por utente“	[(...) autonomia (...) tempo (...)]	173. Exercício liberal/autónomo 174. Tempo disponível por utente
“- Registo de dados - termo de comparação“	[- Registo de dados - termo de comparação]	175. Possibilidade de registar dados objetivos 176. Comparação de resultados antes e após a intervenção
“- Disponibilidade das pessoas - tempo de intervenção alargado“	[- Disponibilidade das pessoas - tempo (...) alargado]	177. Recetividade dos utentes 178. Mais tempo disponível por utente
“- Disponibilização em papel de diversos exemplares - plataforma onde fossem disponibilizados os instrumentos“	[- Disponibilização em papel (...) - plataforma onde fossem disponibilizados (...)]	179. PROM's em formato papel 180. PROM's em formato digital
“- Ter um paciente por hora: gera disponibilidade para o fazer	[(...) um paciente por hora (...) (...) pode ser enviado por e-mail para fazerem em casa	181. Tempo disponível por utente 182. Envio de PROM's em formato digital

<p>- O instrumento pode ser enviado por e-mail para fazerem em casa</p> <p>- Adaptação e tradução para língua portuguesa</p> <p>- Uma base de dados partilhada com todos os instrumentos, organizados por objecto do mesmo, as respectivas versões em português e em PDF para partilhar com os pacientes através da web“</p>	<p>- Adaptação e tradução para língua portuguesa (...)</p> <p>base de dados partilhada com todos os instrumentos (...)</p> <p>respectivas versões em português e em PDF para partilhar com os pacientes (...)]</p>	<p>183. Validação para a língua portuguesa</p> <p>184. Compilação digital dos PROM's validados para Portugal para partilha com utentes</p>
<p>“- O facto de ter 1 hora de tratamento com os utentes ajuda na implementação dos questionários“</p>	<p>[(...) 1 hora de tratamento (...)]</p>	<p>185. Tempo disponível por utente</p>
<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>“- consulta de 1h</p> <p>- confiança dos pacientes em mim“</p>	<p>[- consulta de 1h</p> <p>- confiança dos pacientes em mim]</p>	<p>186. Tempo disponível por utente</p> <p>187. Confiança entre o fisioterapeuta e o utente</p>
<p>“- Maior conhecimento do utente e ser autoreportado pelo mesmo</p> <p>- Intuitivo e rápido“</p>	<p>[- Maior conhecimento do utente (...) ser autoreportado (...)</p> <p>- Intuitivo e rápido]</p>	<p>188. Conhecimentos do utente</p> <p>189. Serem dados reportados pelo próprio utente</p> <p>190. Instrumentos rápidos e intuitivos</p>
<p>“- avaliação de resultados“</p>	<p>[- avaliação de resultados]</p>	<p>191. Utilidade na avaliação dos resultados obtidos</p>
<p>“- Acompanhamento de estagiários (pela disponibilidade incuto a utilização de instrumentos para a avaliação e interpretação dos resultados da sua intervenção).</p> <p>- Avaliação da condição clínica do utente decorrente da</p>	<p>[- Acompanhamento de estagiários (...) incuto a utilização de instrumentos (...)]</p>	<p>192. Ser orientador de fisioterapeutas estagiários incutando a utilização de PROM's</p> <p>193. Avaliação de resultados no decorrer da intervenção</p>

intervenção. “	- Avaliação da condição (...) decorrente da intervenção.]	
“- Demonstração da evolução para o paciente e restante equipa médica; - Definição de objetivos. “	[- Demonstração da evolução (...) - Definição de objetivos.]	194. Demonstração da evolução clínica do utente 195. Utilidade na definição de objetivos na reabilitação
“- O facto de ter dados que me possam dizer como o utente se vê a evoluir durante o processo de recuperação - Penso que também nos pode dar um padrão de como certas patologias podem evoluir com o tempo submetidos a um tipo de plano terapêutico estabelecido para as mesmas“	[(...) ter dados que me possam dizer como o utente se vê a evoluir (...) (...) pode dar um padrão de como certas patologias podem evoluir com o tempo submetidos a um (...) plano terapêutico (...)]	196. Conhecimento do fisioterapeuta acerca da auto-perceção da evolução pelo utente 197. Caracterizar o comportamento de uma patologia ao longo do tempo
“- Na maioria dos casos fornece indicadores de como a utente está e podemos usá-lo como base para em futuras avaliações mostrar ao utente como vai a sua recuperação e a forma como ele se sente e evoluiu com o processo de reabilitação. - Por serem práticos, ajuda-me na parte da entrevista pois permite-me recolher mais informações sobre o utente que muitas vezes não consigo por que, simplesmente, tenho outros utentes ao mesmo tempo“	[(...) fornece indicadores de como a utente está (...) mostrar ao utente como vai a sua recuperação e a forma como (...) evoluiu (...) (...) permite-me recolher mais informações sobre o utente (...)]	198. Maior perceção do fisioterapeuta quanto à evolução do utente 199. Maior perceção do utente quanto à sua evolução 200. Aumento dos dados recolhidos acerca dos utentes na avaliação inicial
“- Melhor perceção do impacto da patologia no paciente - “Medição” do impacto do tratamento“	[- Melhor perceção do impacto da patologia (...)]	201. Maior perceção do impacto da patologia no utente 202. Maior perceção do impacto/resultados do tratamento
“- Maior facilidade em efetuar um diagnóstico.	[- Maior facilidade em efetuar um diagnóstico.	203. Maior facilidade em efetuar um diagnóstico 204. Maior perceção do utente pelo fisioterapeuta

- Melhor preceção acerca daquilo que o utente sente“	- Melhor preceção acerca daquilo que o utente sente]	
“- Perspectiva global da capacidade do utente, física ou mental, permitindo uma melhor adaptação dos tratamentos ao utente. - Permite ainda que o paciente tenha uma noção das limitações e grau de dor, permitindo assim que o mesmo consiga ter uma percepção dos efeitos dos tratamentos“	[- Perspectiva global da capacidade do utente (...) melhor adaptação dos tratamentos ao utente. - Permite (...) que o paciente tenha uma noção das limitações e grau de dor (...) uma percepção dos efeitos dos tratamentos]	205. Melhor adaptação dos tratamentos ao utente 206. Maior percepção da condição e dos efeitos do tratamento pelo utente
“- A simplicidade de utilização pelos mesmos“	[- A simplicidade de utilização (...)]	207. Instrumentos simples de utilizar
“- Obrigatoriedade na minha organização - PROMS mais pequenas e mais simples para todos - Evoluir para instrumentos em formato digital - As formações integrarem conteúdos nesta área“	[- Obrigatoriedade (...) - PROMS mais pequenas e mais simples (...) (...) formato digital - As formações integrarem conteúdos nesta área]	208. Utilização obrigatória no local de trabalho 209. PROM's mais curtas e de simples compreensão 210. PROM's em formato digital 211. Existência de formação complementar relacionada com PROM's
“- A promoção dos instrumentos no local de trabalho. - O apoio dos meus colegas na sua utilização“	[- A promoção dos instrumentos no local de trabalho. - O apoio dos (...) colegas na sua utilização]	212. Estímulo para a utilização no local de trabalho 213. Apoio dos colegas de trabalho na sua utilização
“- Ter uma maior percepção sobre os sintomas do paciente - Verificar melhorias com maior critério“	[(...) maior percepção sobre os sintomas do paciente (...)]	214. Maior percepção dos sintomas do utente
“1- Ter os instrumentos disponíveis e prontos a aplicar; 2- Ter tempo para os aplicar. “	[(...) instrumentos disponíveis e prontos a aplicar; (...) tempo (...)]	215. Instrumentos disponíveis de forma imediata 216. Mais tempo disponível
“- Proximidade e relação utente-terapeuta“	[- Proximidade e relação utente-terapeuta]	217. Aumento da proximidade entre fisioterapeuta e utente

<p>“- Maior autonomia do terapeuta no processo avaliação/intervenção. - Melhor sistema de registo. “</p>	<p>[- Maior autonomia do terapeuta (...) - Melhor sistema de registo.]</p>	<p>218. Autonomia do fisioterapeuta 219. Melhor sistema de registo de resultados clínicos</p>
<p>“- Tratamento individualizado (1 utente/hora) - avaliação de resultados“</p>	<p>[(...)1 utente/hora - avaliação de resultados]</p>	<p>220. Mais tempo disponível 221. Utilidade na avaliação dos resultados obtidos</p>
<p>“- Liberdade de utilização e tempo suficiente para o realizar - Facilita a sua utilização, a criação de uma relação empática durante a primeira entrevista. “</p>	<p>[- Liberdade de utilização (...) tempo suficiente (...) (...) criação de uma relação empática (...)</p>	<p>222. Exercício liberal/autónomo 223. Mais tempo disponível 224. Criação de empatia entre fisioterapeuta e utente</p>
<p>“- Conhecimento da necessidade/vantagem/valorização dada por estes recursos; - Presença habitual de alunos estagiários de fisioterapia. “</p>	<p>[- Conhecimento da necessidade/vantagem/valorização (...) por estes recursos; - Presença habitual de (...) estagiários (...)]</p>	<p>225. Maior perceção da importância de PROM's pelo fisioterapeuta 226. Presença de alunos estagiários, em que é incutida a utilização de PROM's</p>
<p>“- Objectivar resultados“</p>	<p>“- Objectivar resultados“</p>	<p>227. Permitem objetivar os resultados obtidos</p>
<p>“- Existir uma plataforma com acesso aos existentes. O objetivo da minha monografia foi esse reunir o máximo de instrumentos validados para termos acesso/criar uma plataforma. “</p>	<p>[- Existir uma plataforma com acesso aos existentes. (...) reunir o máximo de instrumentos validados para termos acesso (...)]</p>	<p>228. Plataforma digital com acesso aos PROM's existentes</p>
<p>“- Conhecimento individual da relevância de medir e quantificar outcomes clínicos para uma intervenção mais ajustada - Tradução para os utentes da evolução dos outcomes</p>	<p>[- Conhecimento (...) da relevância de medir e quantificar outcomes clínicos (...) - Tradução para os utentes da evolução dos outcomes (...)]</p>	<p>229. Conhecimento da importância dos PROM's pelo fisioterapeuta 230. Explicação aos utentes das diferenças observadas nos resultados obtidos 231. Utilização para fins de investigação</p>

clínicos - Utilização dos dados recolhidos para fins estatísticos e académicos“	- Utilização (...) para fins estatísticos e académicos]	
“- Tempo disponível para acompanhar cada utente / condição clínica; - O facto de não exigir dispêndio de tempo durante a sessão efetiva de tratamento; “	[- Tempo disponível (...) (...) não exigir dispêndio de tempo durante a sessão (...)]	232. Mais tempo disponível
“- Integração do utente no processo de avaliação, intervenção e prognóstico - Utentes com idade mais jovem e/ou com maior literacia tendem a ser mais ativos na tomada de decisão e por isso mais facilmente promovem a utilização de instrumentos de medida - Se fossem realizadas mais partilhas de resultados em fisioterapia os instrumentos poderiam começar a ser mais utilizados conseqüentemente. “	[- Integração do utente (...) (...)idade mais jovem (...) maior literacia (...) (...) mais partilhas de resultados em fisioterapia (...)]	233. Maior envolvimento do utente 234. Utentes com idade jovem 235. Maior partilha de resultados em fisioterapia
“- Tempo com utente - Autonomia profissional“	[- Tempo (...) - Autonomia (...)]	236. Mais tempo disponível 237. Exercício autónomo/liberal
“- Medição de resultados com significado para o utente. - Objetivar/quantificar os resultados da intervenção. “	[- Medição de resultados com significado para o utente. - Objetivar/quantificar os resultados (...)]	238. Resultados obtidos com significado para o utente 239. Possibilidade de objetivar os resultados

<p>“- Menos pacientes por hora - Mais tempo para inicial na sessão dedicado a essa situação”</p>	<p>[- Menos pacientes por hora - Mais tempo (...)]</p>	<p>240. Menor número de utentes por hora 241. Mais tempo disponível</p>
<p>“- Atendimento privado e com reavaliacoes a cada sessão”</p>	<p>[- Atendimento privado (...) reavaliacoes a cada sessão]</p>	<p>242. Exercer em contexto privado 243. Fazer reavaliações a cada sessão realizada</p>
<p>“- Gestão de tempo permite ou facilita o uso de instrumentos - Pacientes acessíveis”</p>	<p>[- Gestão de tempo (...) - Pacientes acessíveis]</p>	<p>244. Melhor gestão do tempo 245. Recetividade dos utentes</p>
<p>“- Fácil acesso - Real valor clínico”</p>	<p>[- Fácil acesso]</p>	<p>246. Fácil acesso aos instrumentos</p>
<p>“- Avaliação de resultados - Medida de comparação”</p>	<p>[- Avaliação de resultados - Medida de comparação]</p>	<p>247. Utilidade na avaliação dos resultados 248. Comparação entre os resultados antes e após a intervenção</p>
<p>“- Alguns instrumentos são de fácil e rápido preenchimento pelo utente - Promover a participação activa do utente em todo o seu processo de recuperação”</p>	<p>[- Alguns instrumentos (...) de fácil e rápido preenchimento pelo utente - Promover a participação activa do utente (...)]</p>	<p>249. PROM's de fácil e rápido preenchimento 250. Promover a participação activa do utente</p>
<p>“- Os atletas que querem prognóstico e melhorias concretas”</p>	<p>[- Os atletas que querem prognóstico e melhorias concretas]</p>	<p>251. Exigência dos utentes quanto ao prognóstico da sua condição</p>
<p>“- Visto que os instrumentos são preenchidos pelo utente, ele irá dar mais valor, pois foi ele a preencher. “</p>	<p>[(...) instrumentos são preenchidos pelo utente, ele irá dar mais valor (...)]</p>	<p>252. Maior valor dado pelo utente por ser preenchido pelo próprio</p>

<p>“- Disponibilidade - Dinamismo“</p>	<p>[- Disponibilidade - Dinamismo]</p>	<p>253. Mais tempo disponível 254. Maior dinamismo pessoal do fisioterapeuta</p>
<p>“- Tempo - Recursos em termos de material (PC, impressora, etc) “</p>	<p>[- Tempo - Recursos (...) material (...)]</p>	<p>255. Mais tempo disponível 256. Existência de recursos materiais no local de trabalho</p>
<p>“- Necessidade de mensurar progressão e resultados. - Necessidade de demonstrar resultados ao utente - Necessidade de avaliar o utente (atleta) antes da sessão (em termos de fadiga) “</p>	<p>[- Necessidade de mensurar progressão e resultados (...) - Necessidade de avaliar o utente (atleta) antes da sessão (...)]</p>	<p>257. Necessidade de medir os resultados da intervenção e a progressão do utente 258. Necessidade de avaliar o utente antes da intervenção</p>
<p>“- Facilidade de utilização - Capacidade de síntese“</p>	<p>[- Facilidade de utilização - Capacidade de síntese]</p>	<p>259. Fácil utilização 260. Permitem uma síntese das queixas do utente</p>
<p>“- A facilidade de comparar resultados antes e após as intervenções - Aumenta a motivação dos pacientes“</p>	<p>[- A facilidade de comparar resultados antes e após (...) - Aumenta a motivação dos pacientes]</p>	<p>261. Permite comparação dos resultados antes e após a intervenção 262. Aumento da motivação dos utentes</p>

Apêndice L – Temas formados pelos facilitadores

FACILITADORES

Temas	Códigos		
Valorização e Acesso no Local de Trabalho	• Acesso a Internet	• Utilização obrigatória no local de trabalho	• PROM's em formato digital
	• Reavaliações feitas em cada sessão realizada	• Acesso aos PROM's em formato papel	• Plataforma digital para registo
	• Compilação digital dos PROM's validados para Portugal para partilha com utentes	• Utilização obrigatória no local de trabalho	• Exercício autónomo/liberal
	• Plataforma digital de análise dos dados	• Interesse dos colegas de trabalho	• Protocolos de registo simples e rápidos
	• Acesso aos PROM's em formato papel	• Trabalhar em contexto privado	• Base de dados digital para registo dos resultados
	• Distribuição e recolha dos PROM's por outro funcionário	• Acesso imediato aos PROM's	• Plataforma digital para registo de resultados
	• PROM's em formato digital	• Exercício liberal/autónomo do fisioterapeuta	• Equipa de trabalho motivada para a avaliação de resultados
	• Cálculo automático das pontuações obtidas	• Acesso imediato no local de trabalho	• Trabalhar em gabinete privado
	• Disponibilidade dos instrumentos no trabalho	• PROM's em formato digital	• Acesso aos instrumentos no local de trabalho
	• Exercício liberal/autónomo	• Maior organização no serviço laboral	• Existência de recursos materiais no local de trabalho
	• Utilização obrigatória no local de trabalho	• Trabalhar em contexto privado	• Facilidade de acesso aos PROM's
	• Comunicar de forma digital com os utentes	• PROM's em formato papel	• Melhor sistema de registo de resultados clínicos
	• Alteração dos procedimentos na prática clínica	• PROM's em formato digital	• Exercício liberal/autónomo
	• Exercício liberal/autónomo	• Envio de PROM's em formato digital	• Plataforma digital com acesso aos PROM's existentes
	• Prática habitual no local de trabalho	• Utilização obrigatória no local de trabalho	• Exercício autónomo/liberal
	• Alteração da prática clínica dos colegas de trabalho	• PROM's em formato digital	• Exercer em contexto privado
	• Exercício liberal/autónomo	• Estímulo para a utilização no local de trabalho	• Fácil acesso aos instrumentos
	• Existência de material informático para obtenção de PROM's no local de trabalho	• Apoio dos colegas de trabalho na sua utilização	• Existência de recursos materiais no local de trabalho
	• Autonomia no local de trabalho	• Autonomia do fisioterapeuta	• Estímulo no local de trabalho
	• Exercício liberal/autónomo	• Instrumentos disponíveis de forma imediata	• Presença de alunos estagiários, em que é incutida a utilização de PROM's
• Empresa focada em recolher dados úteis para	• Instrumentos objetivos inacessíveis	• Número elevado de PROM's disponíveis	

	fundamentar a intervenção		
	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de elaborar relatórios clínicos da evolução dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade em mensurar resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de objetivar os resultados obtidos
	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de medir os resultados da intervenção e a progressão do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de demonstrar os resultados obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de avaliar o utente antes da intervenção
Conhecimentos dos Fisioterapeutas	<ul style="list-style-type: none"> • Maior organização laboral do fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão pessoal do tempo disponível 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação relacionada com PROM's 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior importância atribuída pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor gestão do tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização obrigatória para progressão de carreira 	<ul style="list-style-type: none"> • Crença do fisioterapeuta no benefício para os utentes
	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de meios gráficos para aumento da compreensão pelo utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor percepção dos sintomas/limitações pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da validade e utilidade pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse do fisioterapeuta pela investigação clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda no preenchimento pelo profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Importância atribuída pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção da importância dos PROM's pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser orientador de fisioterapeutas estagiários incutindo a utilização de PROM's 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação aos utentes das diferenças observadas nos resultados obtidos
	<ul style="list-style-type: none"> • Formação complementar relacionada com PROM's 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior percepção do fisioterapeuta quanto à evolução do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior percepção do utente pelo fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Educação ao utente sobre a importância de PROM's 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de formação complementar relacionada com PROM's 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior percepção dos sintomas do utente
	<ul style="list-style-type: none"> • Maior percepção da importância de PROM's pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da importância dos PROM's pelo fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior dinamismo pessoal do fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> • Formação complementar relacionada com PROM's 		
Papel Ativo dos Utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação mais ativa dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes motivados para a sua aplicação
	<ul style="list-style-type: none"> • Exigência dos utentes quanto ao prognóstico da sua condição 	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção do valor dos PROM's pelos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com monitorização frequente
	<ul style="list-style-type: none"> • Recetividade dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes jovens abertos à utilização de PROM's 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado número de casos ME
	<ul style="list-style-type: none"> • Maior envolvimento do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com maior literacia 	<ul style="list-style-type: none"> • Recetividade dos utentes
	<ul style="list-style-type: none"> • Maior disponibilidade dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Nível de envolvimento do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade jovem dos utentes
	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com monitorização frequente 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior iniciativa do utente
	<ul style="list-style-type: none"> • Recetividade dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes serem ativos na sua recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> • Autogestão da condição pelo utente
	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com idade jovem 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada recetividade pelos utentes
<ul style="list-style-type: none"> • Idade jovem dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade mais jovem dos utentes 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Questões curtas e de fácil compreensão pelo utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitem objetivar os resultados obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior percepção do impacto/resultados do tratamento
	<ul style="list-style-type: none"> • Contributo para medição de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilidade na avaliação dos resultados obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilidade na avaliação dos resultados obtidos

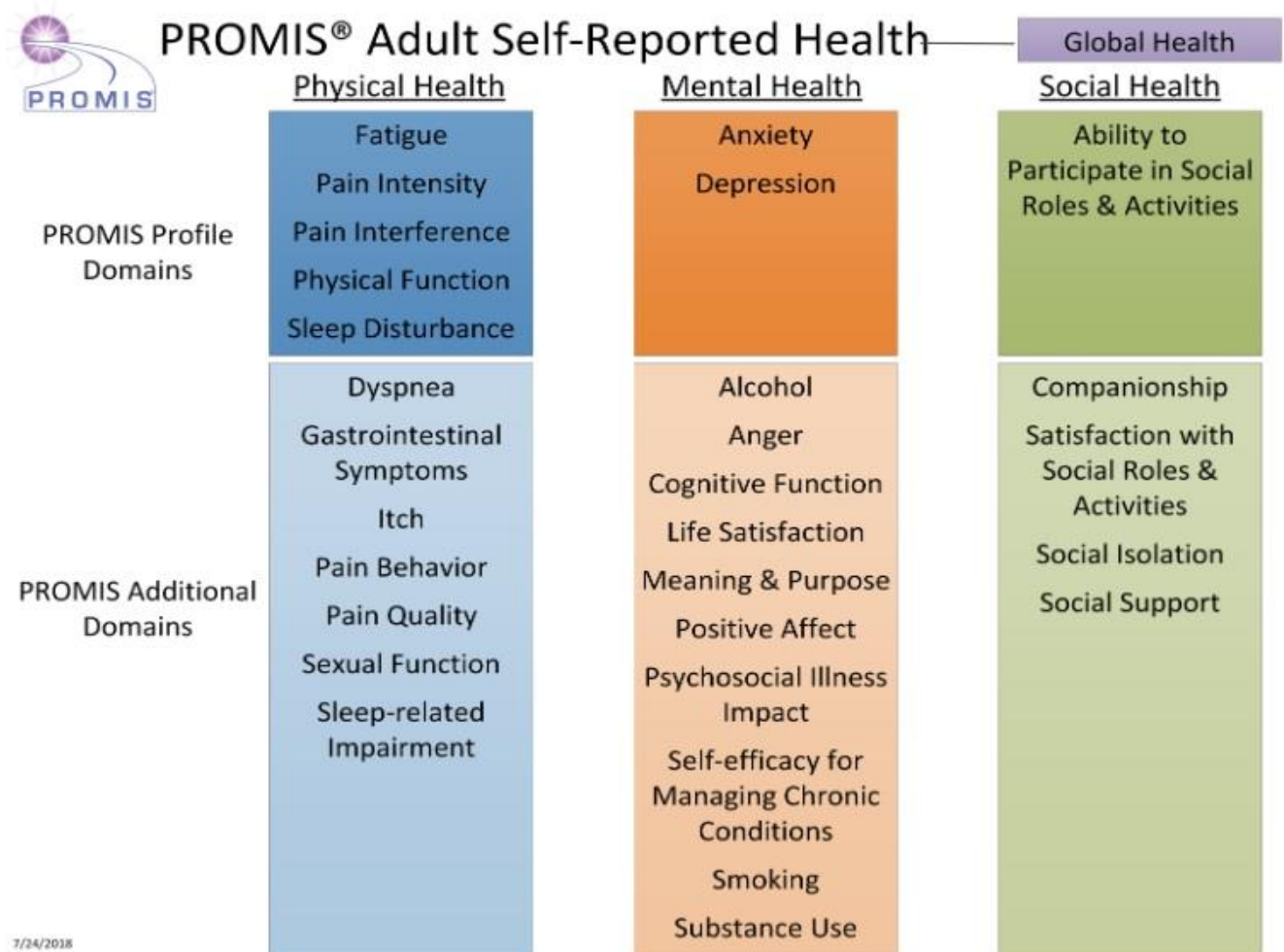
Características/Vantagens dos Instrumentos	• Maior importância na detecção de sinais subjetivos	• PROM's mais curtas e de simples compreensão	• Instrumentos rápidos e intuitivos
	• Validação para a população portuguesa	• Instrumentos simples de utilizar	• Validação para a língua portuguesa
	• Permite comparação dos resultados antes e após a intervenção	• Maior facilidade em efetuar um diagnóstico	• Possibilidade de registar dados objetivos
	• Permitem uma síntese das queixas do utente	• Maior perceção do impacto da patologia no utente	• Aplicação de uma prática centrada no utente
	• Fácil utilização	• Aumento dos dados recolhidos acerca dos utentes na avaliação inicial	• Melhoria dos resultados clínicos obtidos
	• PROM's de fácil e rápido preenchimento	• Caracterizar o comportamento de uma patologia ao longo do tempo	• Utilidade na avaliação das necessidades do utente
	• Comparação entre os resultados antes e após a intervenção	• Caracterizar o comportamento de uma patologia ao longo do tempo	• Utilidade na avaliação das necessidades do utente
	• Utilidade na avaliação dos resultados	• Utilidade na definição de objetivos na reabilitação	• Rapidez no preenchimento
	• Possibilidade de objetivar os resultados	• Demonstração da evolução clínica do utente	• Instrumentos preenchidos de forma individual
	• Utilização para fins de investigação	• Avaliação de resultados no decorrer da intervenção	• Forma de demonstrar os resultados obtidos
	• Monitorização da evolução dos utentes	• Melhorar o entendimento do paciente	• Monitorização da evolução dos utentes
	• Responsabilização dos utentes quanto à sua recuperação	• Avaliação mais rigorosa do utente	• Avaliação da progressão obtida pelo utente
	• Aumento da perceção do estado de saúde do utente	• Maior perceção da condição/resultados obtidos	• Dados úteis para avaliação de resultados
	• Utilidade dos instrumentos	• Facilidade de aplicação	• Melhor perceção dos resultados obtidos
	• Utilidade na avaliação dos resultados	• Permitem compreensão holística do paciente	• Monitorizar a evolução do estado clínico dos utentes
	• Permitir a integração do utente	• Avaliação dos resultados na prática clínica	• Serem medidas objetivas que permitem verificar a evolução do utente
	• Permitem melhor avaliação dos casos clínicos	• Maior controlo da progressão do estado clínico	• Validade dos instrumentos
	• Utilidade clínica dos instrumentos	• Dados úteis para fundamentar intervenção	• Avaliação mais pormenorizada dos resultados
	• Utilidade na avaliação de resultados	• Aumento da perceção da evolução pelo utente	• Utilidade na reavaliação de resultados
	• Melhoria da interpretação dos resultados	• Monitorização da evolução clínica pelo utente	• Serem de rápida aplicação
	• Monitorização da evolução clínica	• Utilidade na comparação de resultados	• Fiabilidade
	• Instrumentos de compreensão simples	• Utilidade na avaliação dos resultados	• Aumento da proximidade com o utente
	• Aumentar a motivação do utente para o tratamento	• Aumento da participação do utente	• Aumento da perceção da condição clínica pelo utente
	• Maior valor dado pelo utente por ser preenchido pelo próprio	• Maior perceção da condição e dos efeitos do tratamento pelo utente	• Promover a participação ativa do utente
• Maior perceção do utente quanto à sua	• Aumento da motivação dos utentes	• Maior envolvimento do utente	

	evolução		
	• Serem dados reportados pelo próprio utente	• Criação de empatia entre fisioterapeuta e utente	• Variáveis sem forma de medição objetiva
	• Utilidade na formulação de um diagnóstico	• Aumento da credibilidade do utente	• Comparação de resultados antes e após a intervenção
	• Melhor adaptação dos tratamentos ao utente	• Resultados obtidos com significado para o utente	• Maior perceção da sua importância pelos utentes
Disponibilidade dos Fisioterapeutas	• Diminuição do tempo necessário para preenchimento	• Conhecimento do fisioterapeuta acerca da auto-perceção da evolução pelo utente	
	• Ter 1h por utente	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível
	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível	• Liberdade na gestão do tempo
	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível
	• Mais tempo disponível	• Ter 1 cliente por hora	• Mais tempo disponível
	• Menor número de utentes	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível
	• Mais tempo disponível	• Aumento do tempo disponível por utente	• Ter 1 utente/hora
	• Tempo suficiente para a utilização	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível
	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível por utente
	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível para cada utente	• Ter 1 paciente por hora
	• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível	• Ter 1h de tratamento com os utentes
	• Mais tempo disponível por utente	• Menor número de utentes	• 1h por utente/consulta
	• Mais tempo disponível para aplicação	• Flexibilidade de tempo nas sessões	• Mais tempo disponível
	• Mais tempo disponível	• Menor número de utentes por hora	• Mais tempo disponível
• Mais tempo disponível	• Mais tempo disponível		

ANEXOS

Anexo 1 – Quadro Conceptual PROMIS.....	135
Anexo 2 – Parecer final da Comissão de Ética Especializada para a Investigação (CEEI-ESS).....	136

Anexo 1 – Quadro Conceptual PROMIS



Anexo 2 – Parecer final da Comissão de Ética Especializada para a Investigação (CEEI-ESS)

COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer 46A/AFP/2019

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS pelo estudante Ruben José Frazão Santos, no âmbito do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia – Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. O estudo intitula-se “Utilização de Instrumentos Autoreportados na Fisioterapia Músculo-Esquelética em Portugal”, sob orientação científica da orientação científica do Professor Diogo Pires e do Professor Doutor Eduardo Cruz.

DOCUMENTAL

1. Requerimento do parecer;
2. Dossier de submissão à CEEI: a) Sinopse do Estudo; b) Ficha Informativa para Participantes; c) Consentimento Informado para Participantes; d) Questionário de Caracterização da Utilização de Instrumentos Autoreportados na Fisioterapia Músculo-Esquelética em Portugal.

ANÁLISE E PARECER

Considera-se que o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes do estudo, tendo sido incluídos os aspetos referidos no primeiro parecer, nomeadamente:

- 1) a forma de desistência, garantindo o direito do participante abandonar o estudo a qualquer momento;
- 2) o formulário do consentimento informado passou a apresentar no final espaço para data e nome do investigador;
- 3) o pedido de participação encontra-se em separado e previamente ao preenchimento do questionário;
- 4) a documentação será armazenada em local seguro apenas acessível aos investigadores do estudo.

Todos os pontos acima referidos foram acautelados e revistos segundo as recomendações da CEEI. Assim, o parecer é favorável considerando-se cumpridos os requisitos éticos do estudo.

7 janeiro 2020

P¹a CEEI-ESS

Página 1 de 1