



Cláudia Ferreira Mendes

**CORE Project (CLINICAL OUTCOME RESEARCH DATABASE IN PHYSICAL THERAPY): Aceitabilidade e utilidade clínica de uma estrutura de registo eletrónico de resultados clínicos para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia  
Relatório de Projeto de Investigação

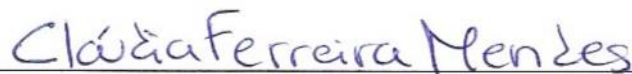
**Orientador:** Professor Doutor Eduardo Cruz

Setúbal, Junho de 2018

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

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.

A candidata,



(Cláudia Ferreira Mendes)

Setúbal, 21 de Junho de 2018

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

O orientador,



(Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz)

Setúbal, 21 de Junho de 2018

Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.

<<Fernando Pessoa>>

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Eduardo Cruz, pela partilha de conhecimento e disponibilidade, pela confiança que depositou em mim e pela motivação que sempre me deu ao longo deste processo.

A todos os participantes, fisioterapeutas colaboradores e respetivas instituições que aceitaram participar neste estudo. Estou verdadeiramente grata, pois sem o seu contributo não seria possível a sua realização.

À Carolina Caldeira, Andreia Santos, Luís Ferreira e Maria Inês Ferreira, pelas conversas de apoio, motivação, partilha de conhecimento, e por todo o empenho na colaboração da recolha de dados.

À Susana Faria, Beth Beer por todo o apoio que me deram nesta fase tão importante, colaborando também para a realização deste projeto.

À minha família e amigos que acompanharam de perto, ou mesmo à distância, o meu obrigada pelo suporte, força, amizade e paciência.

Estou eternamente grata aos meus pais (Paula e Carlos) que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas, obrigada pelo amor incondicional, pelo suporte e por sempre acreditarem em mim.

Ao Carlos, o meu marido, um agradecimento especial, por todo o apoio que me deu, pela enorme paciência, motivação, amizade e partilha de conhecimentos. O meu muito obrigado, deste-me a segurança que eu precisava e por estares sempre ao meu lado.

**MUITO OBRIGADA!**

**CORE Project (CLINICAL OUTCOME RESEARCH DATABASE IN PHYSICAL THERAPY):  
Aceitabilidade e utilidade clínica de uma estrutura de registo eletrónico de resultados clínicos  
para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica**

Cláudia Mendes; Eduardo Cruz

**Resumo**

Introdução: A prática sistemática do registo da intervenção é parte integrante das normas de boas práticas nacionais e internacionais do exercício da Fisioterapia. Entre outros aspetos a manutenção do registo sistemático possibilita a demonstração da responsabilidade da profissão, dos serviços prestados, dos resultados obtidos, para além de documentar o processo da Fisioterapia. Este estudo pretende avaliar a perspetiva de uma amostra de Fisioterapeutas acerca da utilidade clínica e aceitabilidade de uma plataforma de registo eletrónico, na melhoria do processo e resultados dos cuidados prestados a utentes com dor lombar crónica.

Metodologia: Para atingir os objetivos deste estudo recorreu-se a uma metodologia mista, com componente quantitativa e qualitativa, implementada em 3 fases sequenciais. Numa 1ª fase realizou-se um estudo de coorte prospetivo durante o período de 6 meses com uma amostra de 10 Fisioterapeutas que utilizou o protocolo CORE em utentes com DLC. Após este período os participantes responderam a 2 questionários desenvolvidos especificamente para avaliar a utilidade clínica dos dados agregados em base de dados e aceitabilidade do protocolo de registo eletrónico para a prática clínica dos participantes. Numa 3ª fase os participantes foram inquiridos por entrevista telefónica acerca da relevância clínica do protocolo CORE e possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação.

Resultados: Os participantes valorizaram a informação agregada sobre resultados da intervenção ( $X=4,90 \pm 0,316$ ) e a informação relativa à perceção global de melhoria dos utentes e satisfação com o tratamento ( $X=4,90 \pm 0,316$ ), onde 9/10 participantes selecionaram a resposta "Muito Importante". Foi também considerada relevante a informação acerca da utilidade do CORE para a prática clínica do fisioterapeuta ( $X=1,80 \pm 0,632$ ), em que 6/10 dos fisioterapeutas considera ser útil para a sua prática clínica e 3/10 considera ser muito útil. A informação menos valorizada é sobre o conceito do protocolo CORE ( $X=2,70 \pm 0,675$ ), uma vez que 5/10 fisioterapeutas diz ser pouco interessante.

Conclusão: As respostas dos questionários e posteriormente as entrevistas telefónicas mostraram que por um lado os participantes valorizam fortemente a informação obtida pela plataforma, quer ao nível da sua prática, quer na comparação com a prática de outros colegas. Por outro, atribuíram pouca importância ao protocolo CORE para o seu local de trabalho e consideraram que a sua utilização futura poderá ter pouco sucesso.

**Palavras-chave:** aceitabilidade; utilidade clínica; registo eletrónico; fisioterapia; dor lombar crónica

**CORE Project (CLINICAL OUTCOME RESEARCH DATABASE IN PHYSICAL THERAPY):  
Feasibility and practical utility of an electronic registration structure of clinical results to  
practice physical therapy in patients with chronic low back pain**

Cláudia Mendes; Eduardo Cruz

**Abstract**

Introduction: Systematically undertaking a registration of interventions is an integral part of the national and international good practices of physical therapy. Among other aspects, keeping a systematic registration enables to convey the responsibility of the profession, of the services provided, and of the obtained results, besides substantiating the physical therapy process. This study aims to evaluate the opinion of a sample of physiotherapists about the practical utility and feasibility of an electronic registration platform for the improvement of the process and results of the care provided to patients with chronic low back pain (CLBP).

Methods: To obtain the study goals a mixed methodology was used, with both a quantitative and a qualitative component, implemented in three sequential phases. In a first phase, it was conducted a prospective cohort study during a period of 6 months with a sample of 10 physiotherapists using the CORE protocol in patients with CLBP. After this period of contact with the CORE protocol, the participants answered two questionnaires especially developed to evaluate the practical utility of the data aggregated on the databases and the feasibility of the electronic registration protocol in the clinical practice of the participants. In a third phase, the participants were questioned, during a phone call, about the clinical relevance of the CORE protocol and the possible barriers and enablers to its implementation.

Results: The most valued data was about the intervention results ( $X=4,90 \pm 0,316$ ) and about the global perception of the patients' improvement and satisfaction with the treatment ( $X=4,90 \pm 0,316$ ), seeing that 9/10 participants selected the answer "Very Important". It was also considered relevant the information about the CORE's utility for the clinical practice of the physiotherapist ( $X=1,80 \pm 0,632$ ), as 6/10 physiotherapists considered it useful for their clinical practice and 3/10 considered it very useful. The information least valued focuses on the concept of the CORE protocol ( $X=2,70 \pm 0,675$ ), since 5/10 physiotherapists considered it uninteresting.

Conclusion: The answers to the questionnaires and the following phone interviews show that, on the one hand, the participants have strongly valued the data obtained through the platform, both on their own practice level, and on the comparison with the practice of their colleagues. On the other hand, they have given little importance to the CORE protocol on their work place and considered that its future use may have scant success.

**Keywords:** feasibility; practical utility; electronic registration; physical therapy; chronic low back pain

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	5
2. METODOLOGIA .....	10
2.1. Fase 1: Estudo de coorte prospetivo – registo eletrónico da prática e resultados da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica .....	11
2.2. Fase 2: Estudo da utilidade clínica dos dados agregados e aceitabilidade do protocolo de registo eletrónico .....	12
2.2.1. Questionário acerca da Utilidade Clínica da informação agregada em bases de dados .....	12
2.2.2. Questionário de Aceitabilidade do Protocolo de Registo Eletrónico (CORE) .....	14
2.3. Validade facial e de conteúdo dos questionários .....	15
2.4. Fase 3: Perspetiva dos participantes acerca da relevância clínica da plataforma eletrónica CORE e possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação .....	16
2.5. Análise de dados .....	17
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	19
3.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo .....	19
3.2. Fase 1: Características dos utentes inseridos na plataforma e Resultados Clínicos Obtidos .....	19
3.3. Fase 2: Utilidade Clínica dos resultados agregados .....	22
3.3.1. Utilidade clínica da informação das características dos utentes e tratamentos realizados.....	22
3.3.2. Utilidade clínica da Informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico.....	25
3.4. Fase 2: Resultados do Questionário de Aceitabilidade.....	26
3.4.1. Aceitabilidade do protocolo CORE.....	26
3.4.2. Conteúdo e Utilização do protocolo Core.....	28
3.5. Fase 3: Perspetiva dos participantes acerca da relevância clínica do protocolo CORE e possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação.....	29
3.5.1. Efetividade e Desenvolvimento Profissional .....	29
3.5.2. Barreiras e facilitadores à implementação da plataforma eletrónica .....	30
4. DISCUSSÃO .....	32
5. CONCLUSÃO .....	35
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
APÊNDICES .....	I

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diferenças na intensidade da dor (avaliação inicial – avaliação final) .....	21
Figura 2 – Diferenças na incapacidade funcional (avaliação inicial – avaliação final) .....	21
Figura 3 – Perceção da melhoria das costas dos utentes por cada fisioterapeuta recorrendo aos resultados da GBRS .....	22

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Guião para entrevistas .....	17
Tabela 2 – Caracterização dos utentes inseridos na plataforma de registo eletrónico (n= 96) .....	20
Tabela 3 – Correlação dos resultados da informação relativa à caracterização dos utentes e tratamentos realizados.....	24
Tabela 4 – Correlação dos resultados da informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico e ao <i>benchmarking</i> .....	26
Tabela 5 – Coeficiente de correlação dos resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente à aceitabilidade do protocolo CORE. ....	27
Tabela 6 – Coeficiente de correlação dos resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente à aceitabilidade do protocolo CORE. ....	29

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ADME - Assistência na Doença aos Militares do Exército

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

CORE - Clinical Outcome Research Database

DLC - Dor Lombar Crónica

END - Escala Numérica da Dor

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

FOTO - Focus on Therapeutic Outcomes

GBRS-PT - Global Back Recovery Scale

IBM SPSS - Statistics Package for the Social Sciences

QBPDS - Quebec Back Pain Disability Scale

SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social

WCPT- World Confederation for Physical Therapy

## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços de fisioterapia são um dos elementos essenciais dos serviços de saúde em todo o mundo, e a fisioterapia é uma das áreas profissionais dos cuidados de saúde envolvidas na gestão de utentes com limitações do movimento, função e participação social. Um dos objetivos dos fisioterapeutas é identificar e maximizar o potencial do movimento humano dentro das esferas de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, em conjunto com os utentes (World Confederation for Physical Therapy, 2005). Com o aumento da importância dos fisioterapeutas em situações de prática autónoma e diversas, é necessário que estes tomem decisões clínicas mais eficazes e eficientes. Tomar decisões clínicas sólidas requer ter acesso à informação adequada, no momento certo e no formato correto. No entanto, os profissionais de saúde deparam-se frequentemente com um excesso de informação ambígua, incompleta, ou insuficientemente organizada (Tierney, 2001; Markle Foundation, 2004). Proceder sistematicamente à documentação de intervenções é aconselhável de acordo com os padrões nacionais e internacionais da prática da fisioterapia (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2005; WCPT, 2007). Entre outros aspetos, manter um conjunto de documentação sistemática permite assumir a responsabilidade da profissão, dos serviços prestados e dos resultados alcançados, para além de substanciar o processo de fisioterapia (College of Physiotherapists of Ontario, 2007).

As Tecnologias da Informação estão a tornar-se uma ferramenta importante para a melhoria da gestão clínica dos utentes e de avaliação clínica dos resultados (Black & Payne, 2003; Carey et al., 2004; Hannan, 1999; Mansson, Nilsson, Björkelund e Strender, 2004; Miller & Sim, 2004; Palmer, 1997; Resnik & Hart, 2003; Resnik & Jensen, 2003; Treweek, 2003; Werneke & Hart, 2004). Para além de outros aspetos, e ao contrário da utilização de registos em papel, a utilização de meios eletrónicos de registo aumenta a acessibilidade à informação. O registo regular da informação clínica dos utentes permite aos prestadores de cuidados de saúde gerir de forma mais informada os cuidados dos seus utentes (Fritz, Delitto e Erhard, 2003; George, Fritz, Bialosky e Donald, 2003; Werneke & Hart, 2004), suportar e fundamentar as decisões clínicas (Childs et al., 2004), medir a eficiência e efetividade dos cuidados, facilitar a transferência de informação clínica entre locais e profissionais de saúde, e melhorar a comunicação com os utentes e outros prestadores de serviços (Grantham, 2004; Waegemann, 2004). Se o registo incluir elementos standardizados, estes podem ser agregados e armazenados em bases de dados a partir das quais os dados podem ser exportados e sujeitos a análise (Carey et al., 2004).

Swinkels et al. (2007) definem as bases de dados clínicos como uma estrutura de recolha de informação, a partir de registos clínicos (eletrónicos) de diferentes fornecedores, com a principal finalidade de facilitar a investigação. Estas bases de dados clínicos podem ser utilizadas para realizar estudos epidemiológicos acerca da prevalência de uma dada condição, do tipo de intervenção dominante ou dos resultados obtidos (Concato, Shah e Horwits, 2000). Para além dos aspetos relativos à condição clínica e a sua evolução, as bases de dados clínicos facilitam igualmente a avaliação da gestão dos utentes e dos custos associados (Black & Payne, 2003; Treweek, 2003; Mansson, Nilsson, Bjorkelund e Strender, 2004; Miller & Sim, 2004) e podem ser usadas para facilitar a avaliação de medidas de melhoria de qualidade, como auditorias clínicas (Black & Payne, 2003; Hannan, 1999; Mansson, Nilsson, Bjorkelund e Strender, 2004; Miller & Sim, 2004; Treweek, 2003). As bases de dados clínicos podem igualmente facilitar a comparação no processo de intervenção e nos resultados obtidos numa dada intervenção, entre diversos locais e países. Adicionalmente, pode contribuir para o desenvolvimento da profissão, através da descrição da sua prática e resultados, e da sua divulgação a entidades políticas, financiadores, utentes ou a quem os referencia.

No contexto da Fisioterapia, existem diferentes bases de dados clínicos suportadas em protocolos estandardizados de registo de saúde eletrónico, nomeadamente nos Estados Unidos da América, Países Baixos, Austrália, Canadá, Israel, Bélgica e Brasil. As bases de dados clínicos contêm geralmente dados sobre os utentes, incluindo diagnóstico, origem da referência e tratamentos realizados. Embora sejam diferentes nas características, “*outputs*” ou relatórios produzidos, bem como na forma como são geridas ou como a qualidade dos seus dados é garantida, os seus objetivos podem ser sumariados na melhoria da qualidade (“*benchmarking*”, em que comparam resultados de prestadores de cuidados individuais ou clínicas com amostras agregadas e de maior dimensão), investigação e gestão dos resultados em fisioterapia (Swinkels, et al., 2007).

A *Focus on Therapeutic Outcomes, Inc.* (FOTO) é uma empresa internacional registada de gestão de dados clínicos de Fisioterapia a funcionar desde 1992 (Swinkels et al., 2007; Dobrzykowski & Nance, 1997). A rede da FOTO foi desenvolvida com o objetivo de criar um sistema de gestão de informação estandardizada e orientado para os resultados com utilidade para a intervenção da fisioterapia em contexto de ambulatório (Jette & Delitto, 1997). O objetivo da empresa é fornecer resultados fiáveis, válidos e apropriados, e agregar serviços de gestão de dados que permitam apresentação de informação em tempo real. Com isso pretendem proporcionar informação rigorosa e adequada para a tomada de decisão dos clínicos, utentes, pagadores e legisladores, e facilitar a escolha, a prestação e o pagamento com base na efetividade da intervenção da Fisioterapia. Os dados são

complementados pelo processamento de informação e usados pelos terapeutas para gerir os seus utentes em tempo real. Os administradores usam os dados para gerir as clínicas, a eficiência dos clínicos, auditorias, desempenho e número de casos atendidos. Esta plataforma tecnológica é usada também no Canada (Dobrzykowski & Nance, 1997).

O *National Information Service for Allied Health Care* (LiPZ) é uma rede de registo computadorizada na qual participam cerca de 100 fisioterapeutas holandeses que trabalham em clínicas de ambulatório (Swinkels et al., 2007; Groenendijk, Swinkels, de Bakker, Dekker e van den Ende, 2007; Swinkels, van den Ende, van den Bosch, Dekker e Wimmers., 2005; Swinkels, Wimmers, Groenewegen, van den Bosch e van den Ende, 2005). O LiPZ foi implementado para fornecer informação atualizada sobre os cuidados prestados por estes profissionais de saúde e contém informação demográfica sobre os utentes que frequentam as clínicas, sobre a condição do utente, bem como informação sobre os tratamentos realizados. Os dados do LiPZ são usados para propósitos de investigação e gestão, por exemplo, para comparar a gestão das clínicas (Swinkels et al., 2007).

O *Maccabi Healthcare Services* (Maccabi) é o segundo maior plano de saúde pública em Israel. Maccabi recolhe dados de fisioterapia de mais de 70 clínicas usando vários sistemas de informação paralelos. Os terapeutas usam os resultados, o processo e dados administrativos para fazer a gestão dos utentes em tempo real, e tanto os clínicos como os diretores dos serviços de fisioterapia usam os dados para melhorar continuamente a gestão dos utentes (Swinkels et al., 2007).

Em síntese, os protocolos de registo eletrónico e respetivas bases de dados promovem uma rotina com medição de resultados da prática clínica dos profissionais de saúde. Sem uma rotina da medição de resultados os profissionais de saúde recebem pouco *feedback* relativamente aos resultados que obtiveram e também na comparação dos seus resultados com outros colegas (Higginson & Carr, 2001). Registrar os resultados de saúde obtidos pelos utentes promove a eficiência do planeamento do tratamento (Higginson & Carr, 2001; Taenzer et al., 2000). A rotina da medição de resultados pode também ser usada para apoiar a justificação clínica das intervenções, assim como providenciar um suporte importante de evidência para entidades de financiamento da saúde (Barry, 2012).

Tendo em conta as potenciais vantagens dos protocolos de registo de saúde eletrónicos documentadas na literatura e o desenvolvimento de bases de dados clínicos para o processo e resultados da Fisioterapia, o Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS desenvolveu um sistema de registo baseado numa plataforma Web para a recolha sistemática e em formato eletrónico de dados da intervenção de Fisioterapia em utentes com dor lombar crónica (Plataforma CORE), com o objetivo

de criar uma base de dados clínicos (Clinical Outcome Research Database - CORE) capaz de contribuir para o desenvolvimento da investigação e divulgação do conhecimento aplicado e facilitar a avaliação comparativa e o processo de gestão e qualidade dos cuidados em fisioterapia.

O protocolo de registo eletrónico desenvolvido inclui a recolha de informação padronizada de dados demográficos e clínicos, incluindo fatores de prognóstico para os resultados de fisioterapia mencionados na literatura (ver Apêndice I) um formulário padrão que descreve o tipo de intervenção, a duração e a frequência das sessões (ver Apêndice II), e instrumentos de avaliação dos resultados das intervenções de fisioterapia (ver Apêndice III).

A recolha de informação está estruturada em 4 momentos estandardizados de recolha de dados, nomeadamente: 1) Avaliação inicial (T0), onde são recolhidos dados estandardizados sobre as características sócio- demográficas e clínicas dos utentes com Dor Lombar Cronica (DLC), sobre a intensidade da dor, com recurso à Escala Numérica da Dor (END), e sobre a incapacidade funcional associada à condição do utente, através da versão portuguesa do Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS-PT) (Cruz et al., 2013); 2) Às 2, 4 e 8 semanas após a avaliação inicial são recolhidos dados estandardizados para avaliar a qualidade e eficiência dos cuidados prestados e os resultados obtidos, através do preenchimento da END, QBPDS-PT e da versão portuguesa da Global Back Recovery Scale (GBRS-PT) (Freitas et al., 2016).

A utilização sistemática do protocolo de registo eletrónico irá permitir conhecer as características dos utentes e da condição clínica do utente (ex. duração da dor, nível funcional, etc), o tipo de tratamento efetuado e respetivo o custo- benefício (duração, frequência do tratamento efetuado e número de sessões realizadas), e os resultados da intervenção (ex. na dor e função, perceção global de melhoria dos utentes e satisfação com o tratamento). A agregação destes dados a partir de diferentes locais no país permitirá a produção de relatórios automáticos de dados agregados, por localização (clínica/ Fisioterapeuta), relacionados com o processo de fisioterapia e os resultados clínicos obtidos.

Embora sejam reconhecidas as vantagens dos protocolos de registo eletrónico e do armazenamento metódico de informação em bases de dados, a sua implementação na rotina da prática clínica é ainda limitada (Colquhoun, Letts, Law e MacDermid, 2010; Blenkiron, 2005; Unsworth, 2011). Algumas dificuldades na implementação são contextuais e resultam da não adequação dos registos de saúde eletrónico aos elementos da prática da Fisioterapia, gerando documentação incompleta, ou então diferenças entre fornecedores de *software* que resultam em diferenças na produção de relatórios

(Weiskopf & Weng, 2013), e outras atribuídas à cultura profissional e crenças prevalentes dos profissionais de saúde.

Para muitos profissionais de saúde medir os resultados não é importante e não tem potencial para influenciar a gestão dos utentes (Deutscher, Hart, Dickstein, Horn e Gutvirtz, 2008). Outros reportam que os resultados funcionais relatados pelos próprios utentes diferem das perceções dos utilizadores de cuidados de saúde em relação à melhoria dos mesmos (Deutscher, et al., 2008), ou então não concordam que os resultados centrados no utente sejam válidos, referindo por exemplo que a redução da dor devia ser o primeiro objetivo do tratamento, em vez do estado funcional (Deutscher, et al., 2008). Outros ainda referem que o custo, a praticabilidade, a relevância clínica e a falta de conhecimento sobre a escolha das medidas de resultado são possíveis barreiras para a medição dos resultados na rotina dos profissionais de saúde (Belazi, Goldfarb e He, 2002). Assim, e de forma a facilitar mudanças na rotina dos potenciais utilizadores, parece importante que os protocolos de saúde eletrónicos sejam desenvolvidos de forma a garantir a simplicidade e rapidez da sua administração, que incluam medidas que sejam fáceis de avaliar e que providenciam informação clínica útil. Parece também importante que a introdução dos protocolos tenha em consideração os cuidados de saúde atualmente prestados, o grupo alvo, e que a sua implementação seja planeada de forma a permitir avaliar a adequabilidade da sua configuração, e avaliar e reajustar as estratégias e ações de modo a aproximar o mais possível o protocolo à realidade clínica dos potenciais utilizadores (Grol et al., 2005).

Assim, e dada a inexistência de uma prática comum com sistemas de registo eletrónico em Portugal, por parte dos Fisioterapeutas, e considerando as potenciais barreiras e facilitadores à implementação destes sistemas referidas anteriormente, o objetivo deste estudo foi o de avaliar a perspetiva de uma amostra de potenciais utilizadores acerca da utilidade clínica e aceitabilidade de uma plataforma de registo eletrónico, na melhoria do processo e resultados dos cuidados prestados a utentes com dor lombar crónica.

## 2. METODOLOGIA

Para estudar a utilidade clínica de uma base de dados clínicos e a aceitabilidade de um protocolo de registo eletrónico para documentação da prática e resultados clínicos em utentes com dor lombar crónica, recorreu-se a uma metodologia mista, com componente quantitativa e qualitativa, implementada em três fases sequências:

1. Numa primeira fase realizou-se um estudo de coorte prospetivo tendo por base a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica. Durante o período de 6 meses uma amostra de Fisioterapeutas utilizou o protocolo de registo eletrónico (protocolo CORE) em utentes com DLC.
2. Após o período de 6 meses de contacto com o protocolo CORE os participantes responderam a dois questionários desenvolvidos especificamente para avaliar a utilidade clínica dos dados agregados em base de dados e aceitabilidade do protocolo de registo eletrónico para a prática clínica dos participantes.
3. Numa terceira fase os participantes foram inquiridos por entrevista telefónica para explorar a sua perspetiva acerca da relevância clínica do protocolo CORE e possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação.

No contexto deste estudo dor lombar crónica foi definida como:

- Dor, tensão muscular ou rigidez localizada abaixo da margem costal e acima das dobras glúteas inferiores, com ou sem ciática, e é considerada crónica quando persiste por doze semanas ou mais. Dor lombar não específica é uma dor não possível de ser atribuída a uma patologia reconhecível (ex., infeção, tumor, osteoporose, artrite reumatoide, fratura, inflamação). Não existe correlação suficiente entre sintomas, patologia e aparências radiológicas. A dor é não específica em cerca de 85 por cento dos casos (Chou, 2011).
- Dor na parte inferior das costas / ou associada com sintomas nos membros inferiores (Kendall et al., 1997), com duração superior a doze semanas, sem causa específica, ou presença de dor lombar recorrente por um período de seis meses, sem causa física específica (Airaksinen et al., 2006; Bekkering et al., 2003; Krismet & van Tulder, 2007), nomeadamente doença neoplástica, infecciosa e / ou inflamatória, osteoporose, fraturas, deformação estrutural, cauda equina e síndrome radicular (Waddell, 1987; Bekkering et al., 2003; Krismet & van Tulder, 2007).

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do ESS-IPS (ver Apêndice IV). Todos os fisioterapeutas e utentes foram informados dos objetivos do estudo e explicadas em detalhe as fases do estudo pelo investigador responsável pelo estudo. Cada participante foi também informado que podia abandonar o estudo sem qualquer tipo de explicação ou penalização. A confidencialidade dos dados foi garantida durante o estudo. Apenas o investigador teve acesso às respostas dadas nos dois questionários através do código de cada participante atribuído, assegurando anonimidade e confidencialidade em todo o processo. Finalmente foi solicitado o seu consentimento informado para participar no estudo (ver Apêndice V).

### **2.1. Fase 1: Estudo de coorte prospetivo – registo eletrónico da prática e resultados da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica**

Foi recrutada por conveniência uma amostra heterogénea de 10 fisioterapeutas de várias clínicas de Fisioterapia/ Medicina Física de Reabilitação de todo o país, considerando diferenças na idade (diferentes níveis de experiência clínica), formação (diferentes níveis de grau académico), e local de trabalho (instituições públicas e privadas). Os potenciais participantes eram elegíveis se intervissem habitualmente com utentes com dor lombar crónica e se tivessem acesso regular a tecnologias de suporte informático (computador e *smartphone*).

Para facilitar a recolha de dados, e a partir da estrutura definida para a utilização do protocolo numa plataforma em computador, a investigadora desenvolveu uma aplicação para *Smartphone* que foi enviada para todos os participantes. Foi realizado o pré-teste da aplicação durante 2 semanas com 2 fisioterapeutas com o grau de Mestre em Fisioterapia – Condições Músculo-Esqueléticas que concordaram esta era de uso fácil, com instruções muito claras, não tendo reportado qualquer tipo de problemas durante o período de utilização. Posteriormente, e para poderem introduzir dados na plataforma eletrónica, os fisioterapeutas participantes no estudo receberam um *login* de acesso ao protocolo e uma formação *online*, com base num vídeo com todas as explicações sobre a inserção dos dados e funcionamento de protocolo de registo eletrónico (ver Apêndice VI).

Após a formação e por um período de 6 meses foi solicitado a cada participante que introduzisse com um mínimo de 10 utentes com DLC. Os dados foram recolhidos e introduzidos na plataforma através de computador/ *Smartphone* no momento da avaliação inicial, e depois às 2, 4 e 8 semanas.

## **2.2. Fase 2: Estudo da utilidade clínica dos dados agregados e aceitabilidade do protocolo de registo eletrónico**

Para a recolha de dados acerca da utilidade clínica da informação agregada em base de dados e aceitabilidade da plataforma de registo eletrónico foram desenvolvidos dois questionários: Questionário acerca da Utilidade Clínica da informação agregada em bases de dados e questionário de Aceitabilidade do Protocolo de Registo Eletrónico.

### **2.2.1. Questionário acerca da Utilidade Clínica da informação agregada em bases de dados**

Este questionário (ver Apêndice VII) foi desenvolvido a partir da revisão da literatura sobre os objetivos, conteúdos e “outputs” das bases de dados existentes, em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas (Black & Payne, 2003; Resnik & Hart, 2003; Carey et al., 2004; Treweek, 2003; De Jong et al., 2004; Beattie et al., 2005; Hart, Mioduski e Stratford, 2005; Swinkels et al., 2005). Assim, e de acordo com a literatura consultada foram criados múltiplos cenários acerca do tipo de informação que poderia ser produzida com este sistema e disponibilizada aos clínicos. Neste contexto, o termo informação refere-se sempre a informação agregada, isto é, informação relativa a um conjunto de utentes com uma dada condição clínica (neste estudo dor lombar crónica), produzida ao fim de um período específico (avaliação inicial, 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> semanas depois da avaliação inicial).

Assim, e das bases de dados consultadas, foi possível observar que para maximizar a sua utilização, estas deveriam conter informação relevante acerca das características dos utentes, das modalidades/procedimentos de tratamento, e dos resultados obtidos (De Jong et al., 2004), a par da informação pública acerca dos objetivos da base de dados, da sua estrutura e da validade dos dados recolhidos (Carey et al., 2004; Black & Payne, 2003; Treweek, 2003). As bases de dados devem ainda ter capacidade de produzir relatórios específicos e comparativos para os seus colaboradores, sejam eles Fisioterapeutas que participam na base de dados a título individual, seja clínicas ou outras instituições. Estes relatórios contêm os resultados clínicos obtidos por cada colaborador/utilizador e/ou comparações entre colaboradores/utilizadores, como seja por exemplo comparações com dados agregados a nível regional ou nacional (Swinkels et al., 2005).

Consequentemente o questionário foi organizado em 2 dimensões principais: (1) utilidade clínica da informação relativa à caracterização dos utentes e tratamentos realizados; e (2) utilidade clínica da informação relativa a relatórios gerados pela base de dados. Para a dimensão 1, foram desenvolvidas questões acerca da utilidade da informação acerca das características dos utentes que recorrem aos

serviços de Fisioterapia, de quem referencia e razão da referenciação, subsistema de saúde do utente, características da condição clínica do utente, tipo de tratamento efetuado, número de sessões realizadas, e duração e frequência do tratamento efetuado, resultados da intervenção e percepção global de melhoria dos utentes e satisfação com o tratamento.

Na dimensão 2 as questões formuladas inquiriam sobre a utilidade clínica do acesso a relatórios com informação agregada sobre os resultados específicos da intervenção, demonstrando a evolução dos utentes, custo- benefício das intervenções realizadas, e informação comparativa relativa ao tipo de tratamento, número de sessões, duração e frequência do tratamento, e resultados obtidos, entre diferentes locais de prática (“benchmarking”).

Assim, a versão pré-final do questionário foi constituída por 17 questões de resposta fechada e uma de resposta aberta. Nas questões de resposta fechada foi solicitado a cada participante que classificasse, colocando um círculo na opção que considerasse adequada, o grau de importância que atribuía à informação referida em cada item para o seu contexto de prática clínica/ exercício profissional, considerando que “1” significava “nada importante” e “5”, “muito importante”. A última questão fechada (Questão 17) questionava acerca das principais funções desempenhadas pelos participantes na sua prática clínica, podendo cada participante optar por referir “Clínica”, “Gestão/ administração”, ou ambas.

A questão de resposta aberta questionava se “para além da informação referida nos itens do inquérito haveria outro tipo de informação considerada importante para a aprendizagem e desenvolvimento profissional dos participantes (Questão 18).

Este questionário foi sujeito a um estudo piloto com estudantes matriculados no 1º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia tendo respondido 25 dos 28 estudantes inscritos. A amostra de estudantes considerou que não havia necessidade de adicionar qualquer tipo de informação ao questionário de utilidade clínica. O questionário foi considerado claro, fácil de perceber e com palavras relevantes e apropriadas com a base de dados.

### 2.2.2. Questionário de Aceitabilidade do Protocolo de Registo Eletrónico (CORE)

Os estudos de aceitabilidade são definidos como estudos que revelam como um indivíduo reage a uma determinada intervenção (Bowen et al., 2009). Para avaliar a aceitabilidade do Protocolo de registo eletrónico foi desenvolvida uma revisão da literatura com o objetivo de identificar os diferentes aspetos relacionados com os estudos de aceitabilidade. Foram identificadas 6 áreas chave de inquirição, nomeadamente:

1. Dados Pessoais: incluindo informação acerca da idade, género, tempo de exercício profissional, local de prática clínica e grau académico.
2. Aceitabilidade: opinião dos potenciais utilizadores sobre o protocolo CORE, sua utilidade para a prática clínica, sua utilidade para o local de trabalho, grau de satisfação com a sua utilização, intenção para continuar a utilizar e facilidade de utilização.
1. Utilização: frequência de utilização no último mês, frequência de utilização prevista no futuro, probabilidade dos colegas de trabalho utilizarem o protocolo CORE, posse dos recursos necessários à sua utilização e tempo necessário para a sua utilização.
2. Conteúdo: relevância da informação recolhida no protocolo CORE para avaliar/ monitorizar a evolução dos utentes, adequabilidade da informação às necessidades do Fisioterapeuta, adequabilidade dos relatórios produzidos às necessidades do Fisioterapeuta, grau de importância atribuído à informação fornecida pelo protocolo CORE na melhoria da prática clínica e resultados obtidos, grau de importância atribuído ao protocolo para a clínica/ hospital onde trabalha e grau de sucesso previsível para o que considera para o protocolo CORE no local de trabalho.
3. Intenção de compra: probabilidade de compra do acesso ao protocolo CORE no futuro e, probabilidade de compra do acesso a um preço específico.
4. Perfil de Utilizador Informático: Posse de computador pessoal, posse de computador no local de trabalho, frequência de utilização do computador pessoal e competências para a sua utilização.

As questões para o questionário (ver Apêndice VIII) foram baseadas na literatura com o foco em estudos de aceitabilidade que incluem: desvantagens e vantagens relacionadas com a aceitabilidade das estruturas eletrónicas; satisfação com a plataforma eletrónica; registo da frequência do uso do protocolo; questões sobre as competências para lidar com estruturas eletrónicas; âmbito e

aceitabilidade do protocolo para a avaliação dos resultados em utentes com DLC; adaptação do conhecimento; competência no uso do protocolo; uso adequado do protocolo durante a formação profissional; intenção de uso do protocolo no futuro (Bowen et al., 2009).

Tendo em consideração os diferentes conceitos associados com os estudos de aceitabilidade, foi realizado uma tabela- matriz (ver Apêndice IX), que estabelece os objetivos e as questões a usar nos diferentes conceitos.

### **2.3. Validade facial e de conteúdo dos questionários**

A validade facial e de conteúdo dos questionários foi avaliada por um comité de peritos constituído por 6 Fisioterapeutas, todos eles com formação específica / pós-graduada na área das condições músculo-esquelético, com experiência profissional no sector público e privado. Relativamente à validade facial pretendeu-se avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, de forma a produzir uma versão do questionário que fosse clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar. Relativamente à validade de conteúdo pretendeu-se examinar se todos os conceitos de interesse dos constructos em análise estavam devidamente representados pelos itens dos questionários.

No global, os peritos foram unânimes no acordo com a validade facial dos questionários, referindo que ambos eram claros e de fácil compreensão, apresentavam relevância cultural e que os termos e palavras utilizadas clara e aceitável para os potenciais utilizadores. No que diz respeito à validade de conteúdo foi confirmado que os conceitos de interesse dos constructos estavam devidamente representados pelos itens do questionário. Foi ainda referido que o tamanho dos questionários era adequado e apropriado à realidade dos Fisioterapeutas.

De acordo com as sugestões efetuadas foram realizadas duas alterações no Questionário de Utilidade Clínica das três sugestões dadas pelos peritos. A primeira alteração foi realizada para melhorar a objetividade da questão 4 - "Informação acerca do subsistema de saúde do utente", sendo adicionados os seguintes exemplos de subsistemas de saúde: ADSE, ADME, SAMS, etc. A segunda sugestão implicava explorar com maior profundidade o grau de importância que os fisioterapeutas atribuíam protocolo eletrónico para a sua aprendizagem e desenvolvimento profissional. Esta sugestão não foi acolhida uma vez obrigava a alterações na plataforma de registo eletrónico. Relativamente à terceira sugestão foi substituído o estrangeirismo *outcomes* na questão 11 - "Produção de relatórios sobre a evolução de utentes, em *outcomes* específicos (ex. dor e função)" por

uma frase mais perceptível para todos os inquiridos, sendo alterada para “Produção de relatórios sobre resultados específicos da intervenção, demonstrando a evolução dos utentes (ex.: dor e função) ”.

Relativamente às três sugestões para o Questionário de Aceitabilidade, na primeira sugestão foi questionado a interpretação da pergunta 2.1 – “Qual a sua opinião sobre o protocolo CORE”?, ou seja, se a pergunta se refere ao conceito ou à utilização na prática clínica. Sendo assim feita a alteração da pergunta para – “Qual a sua opinião sobre o conceito do protocolo CORE”?. Na segunda sugestão (pergunta 3.1 – Com que frequência utilizou o protocolo CORE, no último mês?) foi questionado a possibilidade de adicionar a opção de resposta “Não utilizei”, que se considerou e alterou. Por fim, na terceira sugestão (pergunta 3.2 – “Com que frequência prevê utilizar o protocolo CORE no futuro?”) foi sugerido adicionar a resposta “Nada provável”, que também se considerou pertinente e foi adicionada nas opções de resposta desta questão.

Concluído o processo de validação facial e de conteúdo e após o término do período de recolha de dados por parte dos Fisioterapeutas colaboradores no estudo, ambos os questionários foram disponibilizados *online*, durante um período de 4 semanas e solicitado o seu preenchimento.

#### **2.4. Fase 3: Perspetiva dos participantes acerca da relevância clínica da plataforma eletrónica CORE e possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação**

Posteriormente ao preenchimento dos questionários pelos participantes, estes foram contactados para a realização de uma entrevista via *Skype* com o objetivo de explorar e aprofundar a sua perspetiva acerca da relevância clínica do protocolo CORE na sua prática clínica e possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação. Para isso foi enviado previamente a cada participante um resumo dos resultados da fase 1 - estudo de coorte prospetivo, que incluía as características sociodemográficas e resultados clínicos obtidos dos utentes inseridos na plataforma (n=96), e solicitado aos participantes que indicassem o dia e hora da sua conveniência.

As entrevistas foram realizadas pela investigadora, de acordo com um guião previamente definido (ver Tabela 1) e tiveram uma duração aproximada de 15 minutos. As entrevistas foram gravadas, e posteriormente transcritas *verbatim* e analisadas pela investigadora.

**Tabela 1 – Guião para entrevistas**

<b>Guião da Entrevista</b>
<p>1. Da sua experiência de contacto com a plataforma eletrónica CORE, qual ou quais os aspetos que atribui maior utilidade no futuro?</p> <p>→ Qual o tipo de informação gerada pela plataforma que considera mais importante para a sua prática profissional? E qual o tipo de informação que considera ter menos importância?</p> <p>2. No geral, os participantes atribuíram grande importância à informação produzida pela plataforma eletrónica CORE, mas ao mesmo tempo consideraram que teria pouco utilidade? Qual a sua opinião sobre esta tendência nas respostas?</p> <p>→ Na sua opinião, o que facilitaria a aceitabilidade e utilidade clínica da plataforma eletrónica CORE por parte dos fisioterapeutas? Na sua opinião, quais são as principais barreiras à introdução de um sistema de registo eletrónico que registe o processo de tratamento dos seus utentes?</p>

## **2.5. Análise de dados**

A análise dos dados quantitativos foi realizada com recurso ao programa de estatística IBM SPSS (Statistics Package for the Social Sciences - version 20).

1. Foi realizada a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo através da distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis género, grau académico, local onde exerce o exercício profissional e formação complementar. Esta informação foi completada com estatística descritiva, através de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas.
2. Com o objetivo de ilustrar a experiência dos participantes com o protocolo de registo eletrónico os dados recolhidos sobre os utentes em tratamento foram analisados. Assim, procedeu-se à caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes inseridos na plataforma e sua evolução clínica em termos de intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção de melhoria com recurso a medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas.
3. De seguida foi feita a análise descritiva da resposta dos participantes aos questionários, também com recurso a medidas de tendência central e frequências absolutas. As respostas nas diferentes dimensões dos questionários foram posteriormente correlacionadas, através

do coeficiente de correlação de *Spearman*, para explorar associações que traduzissem as áreas de maior relevância para os participantes. O coeficiente de *Spearman* é uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais, variando o seu valor entre -1 e +1 (Marôco, 2011). Os valores de correlação  $\geq 0,40$  são considerados satisfatórios ( $r=0,81-1$  muito forte;  $0,61-0,80$  forte;  $0,41-0,60$  moderado,  $0,21-0,40$  fraco e  $0-0,20$  muito fraco). Este coeficiente foi utilizada uma vez que não se confirmou a normalidade na distribuição das variáveis a correlacionar.

4. Por fim, procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas aos participantes. As transcrições foram lidas exaustivamente para uma melhor familiarização com o conteúdo da entrevista e procedeu-se à análise do seu conteúdo. As transcrições foram codificadas e estabeleceu-se uma lista preliminar de categorias. De seguida o texto foi organizado com base nessa estrutura de codificação, foram agregadas categorias e/ ou geradas novas categorias e fez-se a descrição do texto que sustenta essas categorias. Finalmente foi feita a interpretação ou atribuição de significado aos resultados.

### **3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

#### **3.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo**

Participaram neste estudo 10 fisioterapeutas, 7 do género feminino e 3 do género masculino. Sete dos participantes têm idades compreendidas entre os 20 – 30 anos, dois entre os 30 – 40 anos e um participante tem mais de 50 anos.

Todos os Fisioterapeutas participantes possuem o grau de Licenciado. Adicionalmente, 2 dos participantes possuem o grau de Mestre em Condições Músculo-Esqueléticas. A média de anos de experiência profissional é de  $9,9 \pm 8,3$  anos, variando entre 1 e 25 anos de experiência. Metade dos participantes (5 fisioterapeutas) tinha entre 6 a 10 anos de experiência profissional. Os restantes, 2 tinham mais de 10 anos de experiência, outros 2 entre 2 a 6 anos, e apenas 1 participante referiu ter menos de 2 anos de experiência de exercício profissional. Relativamente ao local onde exercem a sua atividade clínica, 8 referiram trabalhar maioritariamente em regime privado, 1 maioritariamente em regime público, e 1 participante com prática clínica em regime misto. Estes dados encontram-se sistematizados no Apêndice X.

#### **3.2. Fase 1: Características dos utentes inseridos na plataforma e Resultados Clínicos Obtidos**

Foi realizada uma análise com as características dos utentes inseridos na plataforma, para mostrar a experiência que os 10 fisioterapeutas tiveram com o protocolo CORE (ver Tabela 2). No total foram inseridos 105 utentes, dos quais 9 foram retirados por estar em falta a avaliação final.

A média de idade dos utentes inseridos por cada Fisioterapeuta oscila entre um mínimo de  $39,6 \pm 7,4$  e um máximo de  $68,2 \pm 9,7$  anos. Verifica-se que em todos os locais/ fisioterapeutas os utentes são maioritariamente do sexo feminino e, com exceção dos utentes inseridos por um fisioterapeuta/ local, os utentes apresentam maioritariamente dor à mais de 24 meses. A média da intensidade da dor dos utentes inseridos variou entre 3,4 e 8,9. Relativamente à média de incapacidade funcional, esta variou entre 26,2 e 56,2. Estes dados encontram-se sistematizados na Tabela 2.

**Tabela 2 – Caracterização dos utentes inseridos na plataforma de registo eletrónico (n= 96)**

	Idade dos utentes inseridos por FT	Género		Duração da dor				Intensidade da dor	Incapacidade e Funcional
		Feminino	Masculino	3-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	> 24 meses		
		Fa <sup>a</sup>	Fa <sup>a</sup>	Fa <sup>a</sup>	Fa <sup>a</sup>	Fa <sup>a</sup>	Fa <sup>a</sup>		
	Média e desvio padrão							Média e desvio padrão	Média e desvio padrão
Fisioterapeuta 1	42,6 ± 10,0	8	2	1	2	2	5	6,2 ± 1,3	42,1 ± 17,2
Fisioterapeuta 2	46,3 ± 13,4	8	2	1	0	0	9	4,8 ± 1,7	34,7 ± 23,8
Fisioterapeuta 3	51,9 ± 5,5	7	3	0	0	1	9	6,5 ± 2,6	29,7 ± 18,6
Fisioterapeuta 4	39,6 ± 7,4	8	2	0	0	1	9	4,7 ± 2,3	26,9 ± 6,0
Fisioterapeuta 5	68,2 ± 9,7	3	2	0	0	0	5	7,6 ± 2,9	50,2 ± 24,2
Fisioterapeuta 6	42,5 ± 12,1	10	3	4	4	2	3	6,5 ± 2,4	48,0 ± 25,1
Fisioterapeuta 7	49,7 ± 9,6	8	1	0	1	0	8	4,4 ± 2,0	35,3 ± 11,2
Fisioterapeuta 8	55,1 ± 11,1	5	4	1	3	1	4	8,9 ± 1,1	56,2 ± 16,5
Fisioterapeuta 9	53,7 ± 16,3	7	3	0	1	4	5	3,4 ± 1,0	26,2 ± 17,0
Fisioterapeuta 10	45,5 ± 13,5	6	4	1	1	1	7	5,0 ± 2,3	31,6 ± 16,6

Na Figura 1 é apresentado o valor médio da intensidade da dor dos utentes de cada fisioterapeuta de acordo com a avaliação inicial e a avaliação final. É possível observar que a intensidade da dor dos utentes evolui positivamente após a intervenção dos fisioterapeutas. A Figura 2 é apresentado o valor médio da incapacidade funcional dos utentes de acordo com a avaliação inicial e a avaliação final, onde se verifica também que a incapacidade funcional diminui após a intervenção dos fisioterapeutas.

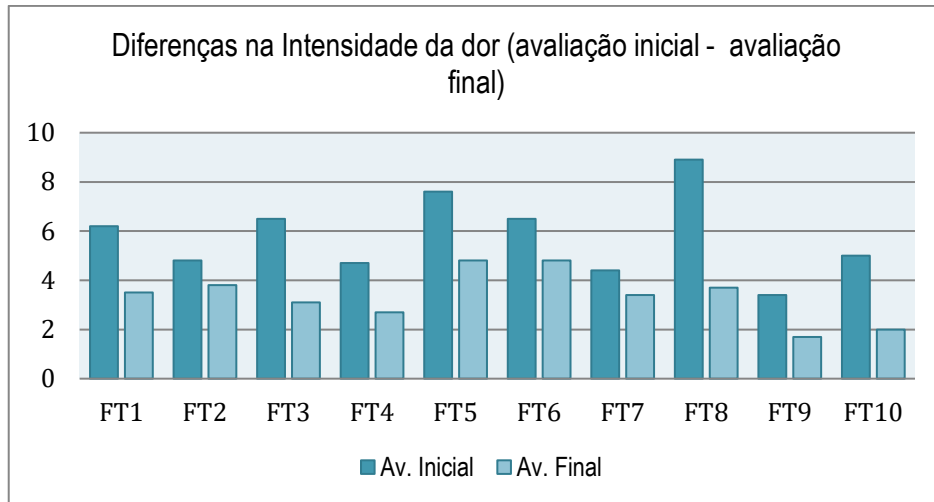


Figura 1 – Diferenças na intensidade da dor (avaliação inicial – avaliação final)

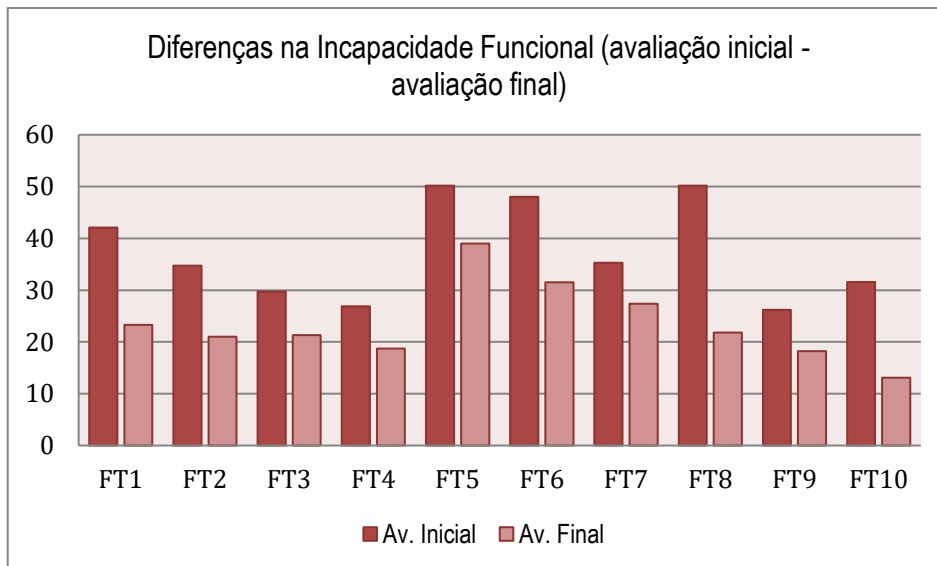
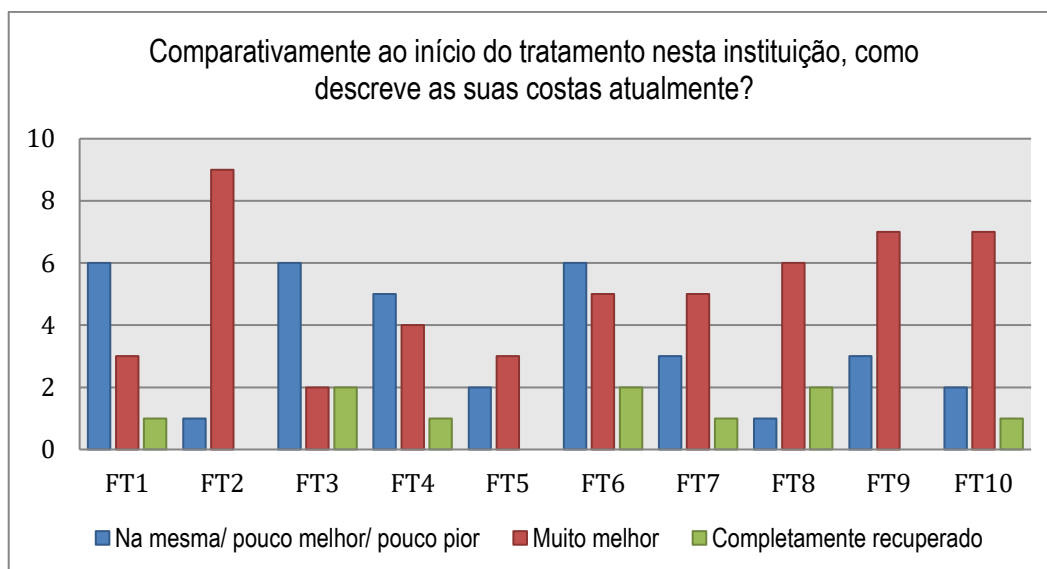


Figura 2 – Diferenças na incapacidade funcional (avaliação inicial – avaliação final)

Na Figura 3 é apresentada a percepção da melhoria relativamente à sua dor lombar, dos utentes por cada fisioterapeuta, recorrendo aos resultados da GBRS. Considerou-se que um utente está completamente recuperado se respondeu 5, muito melhor se respondeu 3 ou 4, e na mesma/pouco melhor/pouco pior se responderam entre -2 a 2. A maioria dos utentes de 7 dos fisioterapeutas consideram-se muito melhor ou completamente recuperados. Nenhum dos utentes respondeu que se encontrava muito pior.



**Figura 3 – Percepção da melhoria das costas dos utentes por cada fisioterapeuta recorrendo aos resultados da GBRS**

### 3.3. Fase 2: Utilidade Clínica dos resultados agregados

A análise de dados do questionário de Utilidade Clínica foi dividida em duas partes: (1) utilidade clínica da informação relativa à caracterização dos utentes e tratamentos realizados; e (2) utilidade clínica da informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico.

#### 3.3.1. Utilidade clínica da informação das características dos utentes e tratamentos realizados

Os tipos de informação mais valorizada foram a informação acerca dos resultados da intervenção (Q9) ( $X=4,90 \pm 0,316$ ) e a informação relativa à percepção global de melhoria dos utentes e satisfação com o tratamento (Q10) ( $X=4,90 \pm 0,316$ ), onde 9/10 participantes selecionaram a resposta “Muito Importante”. A informação acerca das características dos utentes, quer socioprofissional (Q1) ( $X=4,60 \pm 0,699$ ) quer da condição clínica (Q5) ( $X=4,60 \pm 0,699$ ) são também muito valorizadas, dado que 7/10 fisioterapeutas as consideram muito importantes. A informação relativa ao tratamento é também considerada importante, sendo que é dada maior relevância ao tipo de tratamento efetuado (Q6) ( $X=4,50 \pm 0,707$ ), seguida da informação acerca da duração e frequência do tratamento efetuado (Q8) ( $X=4,30 \pm 0,823$ ), e por fim a informação acerca do número de sessões realizadas (Q7) ( $X=4,10 \pm 0,738$ ).

Os fisioterapeutas consideraram ainda importante a razão para referenciar os utentes para a fisioterapia (Q3) ( $X=4,00 \pm 0,943$ ), no entanto, verifica-se que a informação acerca de quem referencia os utentes (Q2) ( $X=3,50 \pm 0,972$ ) é menos valorizada, com apenas 1/10 fisioterapeutas a considerar muito importante. A informação acerca do subsistema de saúde do utente (Q4) ( $X=3,00 \pm 1,333$ ) é a menos valorizada, onde se verifica a maior dispersão das respostas, sendo que 1/10 fisioterapeutas respondeu nada importante (ver Apêndice XI).

A valorização dos itens acima referidos foi complementada com uma análise correlacional exploratória. Assim, e considerando apenas os itens mais valorizados pelos participantes, os resultados do teste de correlação de Spearman (ver Tabela 3) mostram uma associação positiva forte, estatisticamente significativa entre a informação acerca das características da condição clínica do utente (ex. duração da dor, nível funcional, etc) (Q5), a informação acerca do tipo de tratamento efetuado (Q6) ( $\rho= 0,797$ ;  $p= 0,006$ ), a informação acerca do número de sessões realizadas (Q7) ( $\rho= 0,634$ ;  $p= 0,049$ ), e a informação relativa à perceção global de melhoria dos utentes e satisfação com o tratamento (Q10) ( $\rho= 0,645$ ;  $p= 0,044$ ), sugerindo que o tipo de tratamento, o número de sessões e a perceção global da melhoria e satisfação com o tratamento é valorizado em função das características da condição clínica do utente.

**Tabela 3 – Correlação dos resultados da informação relativa à caracterização dos utentes e tratamentos realizados**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Q1- Características dos utentes	1,000	,036	,122	,370	,583	,296	,171	,024	-,215	,430
Q2- Referenciação dos utentes	,036	1,000	<b>,817**</b>	,482	-,362	-,212	-,035	,177	-,187	-,187
Q3- Razão da referenciação	,122	<b>,817**</b>	1,000	,614	-,267	-,120	-,036	,349	,063	-,439
Q4- Sub - sistema de saúde do utente	,370	,482	,614	1,000	,439	,514	,629	<b>,697*</b>	,537	-,060
Q5- Características da condição clínica do utente	,583	-,362	-,267	,439	1,000	<b>,797**</b>	,634*	,342	,430	<b>,645*</b>
Q6- Tipo de tratamento efetuado	,296	-,212	-,120	,514	<b>,797**</b>	1,000	<b>,730*</b>	,595	,598	,332
Q7- Número de sessões realizadas	,171	-,035	-,036	,629	<b>,634*</b>	<b>,730*</b>	1,000	<b>,829**</b>	,504	,063
Q8- Duração e frequência do tratamento efetuado	,024	,177	,349	<b>,697*</b>	,342	,595	<b>,829**</b>	1,000	,504	-,315
Q9- Resultados da intervenção	-,215	-,187	,063	,537	,430	,598	,504	,504	1,000	-,111
Q10- Perceção global de melhoria e satisfação com o tratamento	,430	-,187	-,439	-,060	<b>,645*</b>	,332	,063	-,315	-,111	1,000

\* Correlação significativa para  $p \leq 0,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $p \leq 0,01$

### **3.3.2. Utilidade clínica da Informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico**

Relativamente à análise dos dados relativos à informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico, os tipos de informação mais valorizado é a informação acerca da produção de relatórios sobre os resultados específicos da intervenção (Q11), demonstrando a evolução dos utentes ( $X=4,70 \pm 0,483$ ), onde 7/10 participantes selecionaram a resposta “Muito Importante”. Relativamente à informação comparativa acerca dos resultados da intervenção obtidos por si e por outros colegas em diferentes locais de prática (Q16) ( $X= 4,30 \pm 0,675$ ), 5/10 dos fisioterapeutas consideram importante, e ainda 4/10 consideram muito importante, sendo também informação bastante valorizada.

No que diz respeito à informação comparativa relativa ao número de sessões realizadas por si e por outros colegas em diferentes locais de prática (Q14), as opiniões dividem-se e apenas metade dos fisioterapeutas considera importante, sendo que 4/10 fisioterapeutas consideram pouco importante ( $X= 3,70 \pm 0,675$ ). O mesmo acontece para a informação comparativa relativa à duração e frequência do tratamento efetuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática (Q15), sendo estes 2 itens os menos valorizados (ver Apêndice XII).

A valorização dos itens acima referidos foi complementada com uma análise correlacional exploratória. Assim, e considerando apenas os itens mais valorizados pelos participantes, os resultados do teste de correlação de Spearman (ver Tabela 4) mostram uma associação positiva forte, estatisticamente significativa entre a informação comparativa relativa à duração e frequência do tratamento efetuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática (Q15), a informação sobre a produção de relatórios sobre o custo-benefício das intervenções realizadas (Q12) ( $\rho= 0,679$ ;  $p= 0,031$ ), a informação comparativa relativa ao tipo de tratamento efetuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática (Q13) ( $\rho= 0,730$ ;  $p= 0,016$ ), a informação comparativa relativa ao número de sessões realizadas por si e por outros colegas em diferentes locais de prática (Q14) ( $\rho= 1,000$ ;  $p= 0,001$ ), sugerindo que os participantes valorizam mais a informação clínica comparativamente à informação do custo-benefício.

**Tabela 4 – Correlação dos resultados da informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico e ao *benchmarking***

	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16
Q11 - Produção de relatórios sobre resultados específicos da intervenção, demonstrando a evolução dos utentes (ex.: dor e função).	,509	1,000	,565	,345	,378	,378	,252
Q12 - Produção de relatórios sobre o custo-benefício das intervenções realizadas.	,133	,565	1,000	,567	<b>,679*</b>	<b>,679*</b>	,242
Q13 - Informação comparativa relativa ao tipo de tratamento efetuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	,000	,345	,567	1,000	<b>,730*</b>	<b>,730*</b>	,000
Q14 - Informação comparativa relativa ao número de sessões realizadas por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	- ,192	,378	,679*	<b>,730*</b>	1,000	1,000**	,433
Q15 - Informação comparativa relativa à duração e frequência do tratamento efetuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	- ,192	,378	<b>,679*</b>	<b>,730*</b>	1,000**	1,000	,433
Q16 - Informação comparativa acerca dos resultados da intervenção obtidos por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	- ,385	,252	,242	,000	,433	,433	1,000

\* *Correlação significativa para  $p \leq 0,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $p \leq 0,01$*

### 3.4. Fase 2: Resultados do Questionário de Aceitabilidade

A análise de dados do questionário de Aceitabilidade foi dividida em duas partes: (1) informação relativa à aceitabilidade do protocolo CORE; (2) informação relativa ao conteúdo e à utilização do protocolo CORE.

#### 3.4.1. Aceitabilidade do protocolo CORE

O tipo de informação mais valorizado é a informação acerca da utilidade do CORE para a prática clínica do fisioterapeuta (Q2.2) ( $X=1,80 \pm 0,632$ ), em que 6/10 dos fisioterapeutas considera ser útil para a sua prática clínica e 3/10 considera ser muito útil. A informação sobre o grau de satisfação com a utilização do CORE (Q2.4) ( $X=2,00 \pm 0,667$ ) é também valorizada, uma vez que 6/10 fisioterapeutas considera que está satisfeito com a utilização do CORE e 2/10 considera mesmo estar muito satisfeito. A informação sobre como classifica a intenção para continuar a utilizar o protocolo CORE (Q2.5) ( $X=2,40 \pm 0,966$ ) é bastante satisfatória, uma vez que 6/10 fisioterapeutas considera provável continuar a utiliza-la e 1/10 considera muito provável.

No que diz respeito à informação menos valorizada, a opinião dos fisioterapeutas sobre o conceito do protocolo CORE (Q2.1) ( $X=2,70 \pm 0,675$ ) foi uma das menos valorizadas, uma vez que 5/10 fisioterapeutas diz ser pouco interessante e 1/10 diz mesmo ser nada interessante (Ver Apêndice XIII).

A valorização dos itens acima referidos foi complementada com uma análise correlacional exploratória. Assim, e considerando apenas os itens mais valorizados pelos participantes, os resultados do teste de correlação de *Spearman* (Tabela 5) mostram uma associação positiva muito forte, estatisticamente significativa entre a intenção para continuar a utilizar o CORE (Q2.5) e: a opinião sobre o mesmo ( $\rho=0,693$ ;  $p=0,026$ ); a sua utilidade no local de trabalho (Q2.3) ( $\rho= 0,913$ ;  $p= 0,000$ ); o grau de satisfação com a sua utilização (Q2.4) ( $\rho= 0,840$ ;  $p= 0,002$ ), sugerindo que a aceitabilidade do protocolo CORE está relacionada essencialmente com a utilidade que os Fisioterapeutas lhe atribuem.

**Tabela 5 – Coeficiente de correlação dos resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente à aceitabilidade do protocolo CORE.**

	Q2.1	Q2.2	Q2.3	Q2.4	Q2.5	Q2.6
2.1 - Opinião sobre o conceito CORE Project	1,000	,391	<b>,777**</b>	,730*	<b>,693*</b>	,400
2.2 - Utilidade do CORE na prática clínica	,391	1,000	<b>,726*</b>	,283	,596	,391
2.3 - Utilidade do CORE no local de trabalho	<b>,777**</b>	<b>,726*</b>	1,000	<b>,710*</b>	<b>,913**</b>	,551
2.4 - Grau de satisfação com a utilização do CORE	<b>,730*</b>	,283	<b>,710*</b>	1,000	<b>,840**</b>	,456
2.5 - Intenção para continuar a utilizar o CORE	<b>,693*</b>	,596	<b>,913**</b>	<b>,840**</b>	1,000	,455
2.6 - Facilidade de utilização do CORE	,400	,391	,551	,456	,455	1,000

\* Correlação significativa para  $p \leq 0,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $p \leq 0,01$

### 3.4.2. Conteúdo e Utilização do protocolo Core

Relativamente ao conteúdo do CORE, os participantes valorizaram a adequabilidade da informação às necessidades do fisioterapeuta (Q4.2) ( $X=1,90 \pm 0,568$ ), em que 7/10 dos fisioterapeutas considera ser adequada e 2/10 muito adequada. Da mesma forma valorizam também a adequabilidade dos relatórios produzidos no sistema face às necessidades do fisioterapeuta (Q4.3) ( $X=2,00 \pm 0,471$ ), em que 8/10 dos fisioterapeutas considera adequada e 1/10 muito adequada.

Os aspetos pior classificados pelos participantes foram o grau de importância atribuído ao CORE para a sua clínica/ hospital (Q4.5) ( $X=2,40 \pm 0,699$ ), em que 5/10 considerou ser pouco importante, e o grau de sucesso previsível do CORE no local de trabalho (Q4.6) ( $X=2,20 \pm 0,789$ ), em que 4/10 considera ter pouca probabilidade de sucesso (ver Apêndice XIV).

A valorização dos itens acima referidos foi complementada com uma análise correlacional exploratória. Assim, e considerando apenas os itens mais valorizados pelos participantes, os resultados do teste de correlação de *Spearman* (Tabela 6) mostram uma associação positiva muito forte, estatisticamente significativa entre o grau de sucesso que considera que o CORE poderá ter no seu local de trabalho (Q4.6), o grau de importância que atribui à informação fornecida pela plataforma para o ajudar a melhorar a sua prática clínica e os resultados da sua prática clínica (Q4.4) ( $\rho=0,866$ ;  $p=0,001$ ), o grau de importância que atribui ao CORE para a sua clínica/ hospital (Q4.5) ( $\rho=0,853$ ;  $p=0,002$ ), sugerindo que o conteúdo e utilização do protocolo CORE serão bem aceites pelos participantes, uma vez que consideram ajudar a melhorar a sua prática clínica e os resultados da sua prática clínica, mas terão pouco sucesso nos locais de prática.

**Tabela 6 – Coeficiente de correlação dos resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente à aceitabilidade do protocolo CORE.**

	Q 4.1	Q 4.2	Q 4.3	Q 4.4	Q 4.5	Q 4.6
Q 4.1- Relevância da informação recolhida para avaliar/ monitorizar a evolução dos pacientes	1,000	,559	,447	,516	,616	,522
Q 4.2- Adequabilidade da informação que o sistema proporciona face às suas necessidades	,559	1,000	,433	,500	<b>,650*</b>	,513
Q 4.3- Adequabilidade dos relatórios produzidos no sistema às suas necessidades	,447	,433	1,000	,289	,602	,583
Q 4.4- Grau de importância que atribui à informação fornecida pelo CORE para o ajudar a melhorar a sua prática clínica e os resultados da sua prática clínica	,516	,500	,289	1,000	<b>,795**</b>	<b>,866**</b>
Q 4.5- Grau de importância que atribui ao CORE para a sua clínica/ hospital	,616	<b>,650*</b>	,602	<b>,795**</b>	1,000	<b>,853**</b>
Q 4.6- Grau de sucesso que considera que o CORE poderá ter no seu local de trabalho	,522	,513	,583	<b>,866**</b>	<b>,853**</b>	1,000
Q 5.2- Compraria este produto a um preço de 50 euros/ano	,449	,503	,544	,531	<b>,705*</b>	<b>,774**</b>

\* Correlação significativa para  $p \leq 0,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $p \leq 0,01$

### **3.5. Fase 3: Perspetiva dos participantes acerca da relevância clínica do protocolo CORE e possíveis barreiras e facilitadores à sua implementação.**

A análise dos resultados das entrevistas telefónicas realizadas resultou em 2 categorias principais, nomeadamente: 1) Efetividade e desenvolvimento profissional; 2) Barreiras e Facilitadores à implementação da plataforma eletrónica.

#### **3.5.1. Efetividade e Desenvolvimento Profissional**

Nas principais vantagens da utilização da plataforma os participantes sublinharam a importância da monitorização da evolução do utente, assim como a visualização simples dos resultados obtidos.

*“A inserção dos dados e visualização da evolução do utente, como dor, incapacidade funcional, perceção global da melhoria do utente. Os gráficos da dor, capacidade funcional para ver os resultados e a evolução do utente para a prática clínica.” (Fisioterapeuta 7)*

Referem também a importância de poderem visualizar a evolução da dor, incapacidade funcional e percepção da melhoria do utente de uma forma simples e rápida.

*“Visualização dos gráficos, ver a evolução do utente. A plataforma permite um bom acompanhamento do utente.”* (Fisioterapeuta 1)

*“A plataforma eletrónica está mais virada para as tecnologias, o que é bom para acompanhar a evolução do utente.”* (Fisioterapeuta 4)

Outras vantagens da plataforma eletrónica referidas estão relacionadas com a aprendizagem e reflexão para a prática clínica que a informação agregada de dados pode proporcionar, seja pela divulgação do trabalho realizado e resultados obtidos, seja pela comparação com colegas de outros locais.

*“...Reflexão para a prática clínica, comparação com colegas de outros locais para verificar a efetividade da nossa prática clínica...”* (Fisioterapeuta 3)

*“Partilhar a nossa intervenção e a percepção de melhoria dos utentes com os colegas de outros locais de trabalho.”* (Fisioterapeuta 7)

*“Comunicação externa do trabalho desenvolvido.”* (Fisioterapeuta 4)

### **3.5.2. Barreiras e facilitadores à implementação da plataforma eletrónica**

Nas respostas dos participantes foram abordadas mais barreiras do que facilitadores à implementação da plataforma. As barreiras destacadas pelos participantes são associadas a questões contextuais, como seja a falta de tempo para fazer registos, o hábito de registo em formato de papel, ou a falta de infraestruturas de suporte no local de trabalho.

*“Na teoria é muito bom utilizar uma plataforma eletrónica, mas na prática há falta de tempo, pouco acesso à plataforma na altura em que estamos com o utente, é mais fácil registar em papel. Falta de hábito no que diz respeito ao registo eletrónico. Eu uso o papel, prefiro ao registo eletrónico.”* (Fisioterapeuta 2)

*“Inserir a informação na plataforma eletrónica demora muito tempo. Tentar reduzir o tempo para inserção dos dados, fator tempo.”* (Fisioterapeuta 10)

*“O número de utentes por dia é elevado, as condições físicas para fazer registos (número de computadores) não se adequa à realidade atual dos colegas fisioterapeutas. É necessário mais condições para utilizar plataforma, mais computadores no local de trabalho.” (Fisioterapeuta 9)*

Alguns participantes sublinharam também barreiras profissionais e organizacionais como a fraca cultura de registo dos Fisioterapeutas, a pouca abertura de colegas e empregadores para um registo sistemático, ou mesmo a pouca utilidade da plataforma eletrónica para um uso regular no local de trabalho.

*“Pouco tempo laboral para registos minuciosos, os colegas estão pouco alertados para a necessidade de registos/ outcomes do que fazem.” (Fisioterapeuta 6)*

*“Hábitos enquanto fisioterapeutas, avaliação sistemática, mentalidades dos chefes, acharem pouco relevante o registo. Pouco hábito de avaliar os utentes com instrumentos validados. Implementação da plataforma eletrónica ser obrigatória para ser tornar um hábito.” (Fisioterapeuta 3)*

*“ A plataforma é útil mas existem algumas barreiras como a plataforma ser pouco familiar para os colegas.” (Fisioterapeuta 7)*

*“Mentalidades dos superiores / chefes, direções hospitalares, não percebem o benefício da plataforma eletrónica.” (Fisioterapeuta 9)*

*“A plataforma eletrónica é importante para fins de investigação, para tratar dados com rapidez. É uma plataforma vocacionada para estudos de investigação, para fins académicos. Eu adotava para fins de investigação de outra forma não, não utilizaria para a minha prática clínica.” (Fisioterapeuta 8)*

No que diz respeito a eventuais fatores facilitadores foi apenas referido que a formação/ sensibilização relativa à utilização de uma plataforma eletrónica de registo sistemático do processo e resultados da fisioterapia ajudaria a promover o uso da mesma e a perceber os seus benefícios.

*“...A plataforma está bem conseguida... seria importante a formação e acompanhamento aos colegas no sentido de sensibilização para o uso da plataforma e mostrar a sua utilidade.” (Fisioterapeuta 2)*

*“...Alertar/ sensibilizar os colegas para a importância do registo minucioso dos tratamentos e do nosso trabalho para demonstrar o que fazemos.” (Fisioterapeuta 6).*

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a utilidade clínica e aceitabilidade de uma estrutura de registo eletrónico de resultados clínicos, em formato de computador pessoal e *Smartphone*, para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica. No global, os resultados mostram que os participantes valorizam fortemente a informação gerada pela plataforma, quer no que diz respeito ao seu processo de prática e resultados, quer na comparação destes com outros colegas. Ao mesmo tempo, e considerando o seu local de prática, atribuíram pouca relevância e importância ao protocolo CORE, perspectivando que este não terá sucesso futuro.

Em estudos anteriores foi referido que os prestadores de cuidados de saúde registam regularmente informação clínica para gerir o tratamento dos seus utentes (Fritz, Delitto e Erhard, 2003; George, Fritz, Bialosky e Donald, 2003; Werneke & Hart, 2004) e para demonstrar qual o raciocínio clínico que fundamenta o tratamento com maior probabilidade de obter bons resultados (Childs et al., 2004). Também neste estudo, as respostas dadas pelos participantes parecem confirmar a utilidade clínica atribuída à informação relativa às características dos utentes, tratamentos realizados, e resultados da intervenção, na gestão dos utentes e resultados obtidos.

A utilidade clínica da recolha de dados standardizados e agregados em bases de dados parece ser especialmente importante na monitorização da evolução do utente, ao nível da dor, incapacidade e perceção de melhoria, e na fácil visualização dos resultados obtidos, pela disponibilidade de gráficos. Esta perspetiva é comum com outras referidas por utilizadores de plataformas de registo de saúde eletrónico, salientando que a monitorização dos resultados ajuda a centrar a gestão do tratamento em objetivos funcionais, facilita o planeamento da alta dos utentes que não melhoraram com o tratamento, e facilita a comunicação com os utentes sobre a sua evolução (Deutscher, et al., 2008). Para além destes aspetos, os sistemas de registo eletrónico são valorizados como meios para melhorar a segurança e satisfação do utente, a eficiência e qualidade dos cuidados de saúde (Mekhjian et al., 2002; Fung et al., 2004; Pizzi et al., 2005; Otieno, Toyama, Asonuma, Kanai-Pak e Naitoh, 2007).

Para além da monitorização da evolução dos utentes e resultados obtidos com o tratamento, os participantes no estudo valorizaram ainda a possibilidade de comparação dos resultados obtidos entre colegas/ locais de prática, a aprendizagem e reflexão para a prática clínica, e a divulgação externa do trabalho desenvolvido. Estes aspetos parecem sugerir que a explicitação dos resultados obtidos e sua divulgação, na comparação com os resultados obtidos por outros colegas pode vir a ser um

importante contributo a reflexão clínica acerca dos processos utilizados, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde e resultados obtidos. Também os aspetos referidos são comuns aos reportados noutros estudos sobre as potencialidades do registo eletrónico (Swinkels et al., 2007; Groenendijk, et al., 2007; Swinkels, et al., 2005).

No que diz respeito à aceitabilidade da plataforma de registo eletrónico os resultados obtidos neste estudo foram contraditórios. Apesar dos níveis elevados de satisfação, da adequabilidade da informação às necessidades do fisioterapeuta, e da intenção manifestada de continuar a usar o protocolo CORE, reportados pelos participantes, 6 dos 10 participantes classificou o protocolo como pouco ou nada interessante para a sua clínica/ hospital, e atribuiu-lhe baixa probabilidade de sucesso no seu local de trabalho. Estes resultados parecem sugerir uma diferença explícita entre a perspetiva individual dos participantes, enquanto Fisioterapeutas, e a perspetiva que os mesmos tem acerca do seu contexto de prática. Este aspeto foi sublinhado nas entrevistas realizadas onde foi salientado que a cultura profissional e as crenças prevalentes dos profissionais de saúde, incluindo as chefias e coordenadores de serviço, podem ser uma barreira á implementação deste tipo de protocolos. Para além deste aspeto, a não familiarização com os conceitos subjacentes ao desenvolvimento do protocolo CORE (por exemplo a não valorização de se medir sistematicamente os resultados da intervenção), falta de tempo para fazer registos, hábitos de registo em formato de papel, e a falta de infraestruturas de suporte no local de trabalho (tais como computadores e/ou *Smartphone*), foram outras potenciais barreiras reportadas pelos participantes. Estes aspetos foram também identificados em estudos realizados onde a principal barreira à implementação surge relacionada com a adesão dos diretores/ coordenadores clínicos ao registo sistemático das intervenções e resultados (Deutscher, et al., 2008). Por outro lado há ainda uma relutância na alteração do comportamento dos profissionais de saúde devido à habituação e à rotina implementada. Há também inexperiência no uso de tecnologias de informação, e a sua implementação implica mudanças e aprendizagem sobre um novo sistema (John, Thomas e Richards, 2003; Waegemann, 2004).

Para além dos aspetos referidos há uma perceção de que o sistema tradicional é adequado, podendo estar relacionado com a “mentalidade” dos profissionais de saúde. Ainda no que diz respeito à cultura profissional e as crenças prevalentes, alguns dos participantes inquiridos referiram que a maior utilidade da plataforma eletrónica é para efeitos de investigação e não tanto para um uso regular no local de trabalho. Esta perspetiva parece revelar a dificuldade de alguns participantes em compreender a utilidade da plataforma e bases de dados no suporte ao profissionalismo e à credibilidade das intervenções realizadas pelos Fisioterapeutas (Deutscher, et al., 2008).

Nas respostas das entrevistas telefónicas foi referido pelos participantes que a formação e sensibilização relativa à plataforma eletrónica ajudaria para facilitar o uso da mesma, uma vez que é importante explicar a pertinência da plataforma, assim como os seus benefícios. Estudos anteriores mostram resultados equivalentes, ou seja, as desvantagens identificadas pelos utilizadores de cuidados de saúde estão relacionadas com a falta de formação dos utilizadores relativamente a questões técnicas ou conceptuais sobre o processo de avaliação de resultados (Deutscher, et al., 2008). Isto parece sugerir que ainda existe um longo caminho a percorrer na implementação de sistemas de registo eletrónico como o CORE, no contexto da Fisioterapia em Portugal.

## 5. CONCLUSÃO

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a utilidade clínica e aceitabilidade de uma estrutura de registo eletrónico de resultados clínicos, em formato de computador pessoal e *Smartphone*, para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica. As respostas dos questionários e posteriormente das entrevistas telefónicas mostraram que por um lado os participantes valorizam fortemente a informação obtida pela plataforma, quer ao nível da sua prática, valorizando o processo e resultados, quer na comparação com a prática de outros colegas (resultados). Por outro, atribuíram pouca importância ao protocolo CORE para o seu local de trabalho e consideraram que a sua utilização futura irá ter pouco sucesso.

Esta aparente contradição parece estar relacionada com a fraca cultura de registo sistemático de processo e resultados da intervenção da Fisioterapia, a par de outras barreiras contextuais como seja o pouco tempo disponível no local de trabalho para registos, maior hábito de registo em formato de papel, ou falta de infraestruturas tecnológicas. Isto apesar da documentação sistemática do processo e resultados ser uma forte recomendação inscrita nos padrões nacionais e internacionais da prática da fisioterapia, há mais de uma década (APF, 2005; WCPT, 2007).

Os aspetos referidos são comuns aos reportados na literatura, ou seja, embora reconhecendo vantagens na adoção de protocolos de registo eletrónico e do armazenamento metódico de informação em bases de dados, o qual permite o acesso e análise contínua dos dados recolhidos, a implementação de protocolos de registo eletrónico na rotina da prática clínica tem sido difícil e exige que no seu planeamento se tenha em consideração a perspetiva dos potenciais utilizadores sobre a utilidade e aceitabilidade dos produtos desenvolvidos.

Considerando os aspetos da cultura e crenças dos Fisioterapeutas, e para efetivamente mudar as barreiras identificadas e promover a aceitabilidade destas estruturas parece ser necessária formação específica não apenas sobre aspetos tecnológicos mas sobretudo sobre o papel da documentação e registo, na qualidade dos cuidados prestados e na credibilidade da profissão.

Esta formação deve começar logo na formação base parecendo fundamental que os estudantes adquiram a rotina de registo nos diferentes momentos de aprendizagem de forma a compreender a importância e relevância do registo e estarem familiarizados com o mesmo em protocolos eletrónicos específicos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar, P. (2007). *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS* (1º Ed.). Lisboa: CLIEPSI Editores.
2. Airaksinen, O, Brox, J, Cedraschi, C, et al. (2006). Chapter 4. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. *European Spine Journal*, 5, 192 – 300.
3. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2005). *Fisioterapeuta: Padrões de Prática*. Lisboa: APF. Disponível em: <http://www.apfisio.pt/Ficheiros/estatutos.pdf>
4. Barry, J. (2012). Improvements to the ethical Review process are good news for psychologists and health researchers in Europe, especially in the UK. *Eur J Psychol*, 8:1–7.
5. Beattie, P, Dowda, M, Turner, C, et al. (2005). Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy* 85, 1046-1052.
6. Belazi, D, Goldfarb ,N, He, H. (2002). Measuring health-related quality of life in the clinical setting. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 2(2):109–117.
7. Bekkering, G, Hendriks, H, Koes, B, et al. (2003). Dutch physiotherapy guidelines for low back pain. *Physiotherapy*, 89(2), 82-96.
8. Black, N, & Payne, M. (2003). Directory of clinical databases: Improving and promoting their use. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 348-352.
9. Blenkiron, EL. (2005). Uptake of standardised hand assessments in Rheumatology: why is it so low? *Br J Occup Ther*, 68(4):148–157.
10. Bowen, DJ, Kreuter, M, Spring, B, et al. (2010). How we Design Feasibility Studies. *Am J Prev Med*, 36 (5), 452 – 457.
11. Carey, IM, Cook, DG, De Wilde, S, et al. (2004). Developing a large electronic primary care databases (Doctors Independent Network) for research. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 443 – 453.
12. Childs, MJ, Fritz, JM, Flynn, TW, et al. (2004). A Clinical Prediction Rule To Identify Patients with Low Back Pain Most Likely To Benefit from Spinal Manipulation: A Validation Study. *Annals of Internal Medicine*. 141, 920 – 928.
13. Chou, R. (2011). Low back pain (chronic). *Clin Evid Handbook*, 403-405. Please visit <http://www.clinical.evidence.bmj.com>.
14. Closs, SJ, Barr, B, Briggs, M, Cash, K, Seers, K. (2004). A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage*, 27, 196–205.

15. Colquhoun, H, Letts, L, Law, M, MacDermid, J. (2010). Edwards: Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure for routine use. *Br J Occup Ther*, 73(2):48–54.
16. Concato, J, Shah, N, Horwits, RI. (2000). Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *New England Journal of Medicine*, 342, 1887 – 1892.
17. Cruz, EB, Fernandes, R, Carnide, F, et al. (2013). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Quebec Back Pain Disability Scale to European Portuguese Language. *Spine*, 38 (23), pp E1491 - E1497.
18. De Jong, G, Horn, SD, Gassaway, JA, et al. (2004). Toward a taxonomy of rehabilitation interventions: Using an inductive approach to examine the “black box” of rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 85, 678-686.
19. Deutscher, D, Hart, DL, Dickstein, R, Horn, SD, Gutvirtz, M. (2008). Implementing an Integrated Electronic Outcomes and Electronic Health Record Process to Create a Foundation for Clinical Practice Improvement. *Physical Therapy*, 88 (2), 270 – 285.
20. Dobrzykowski, EA, & Nance, T. (1997). The Focus On Therapeutic Outcomes (FOTO) outpatient orthopedic rehabilitation database: results of 1994-1996. *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement*, 1, 56-60.
21. Farrar, JT, Young, JP, LaMoreaux, L, Werth, JL, Poole, RM. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 94, 149–158.
22. Freitas, P, Pires, D, Costa, D, Cruz, E. (2016). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de Hush et al. *Arch Phys Med Rehabil* (2012) 93, 849-855.
23. Fritz, JM, Delitto, A, Erhard, RE. (2003). Comparison of a classification based approach to physical therapy and therapy based on AHCPDR clinical practice guidelines for patients with acute low back pain: A randomized clinical trial.
24. Fung, CH, Woods, JN, Asch, SM, Glassman, P, Doebeling, BN. (2004). Variation in implementation and use of computerized clinical reminders in an integrated healthcare system. *American Journal of Managed Care*, 10(2), 878–885.
25. George SZ, Fritz, JM, Bialosky, JE, Donald, DA. (2003). The Effect of a Fear-Avoidance–Based Physical Therapy Intervention for Patients With Acute Low Back Pain: Results of a Randomized Clinical Trial. *Spine*, 28(23):2551-2560.
26. Grantham, C. (2004). The rise of the real-time consumer. *CIO Insight*. July 19, 2002. Available at: <http://www.cioinsight.com/article2/0,3959,390459,00.asp>.

27. Groenendijk, JJ, Swinkels, ICS, de Bakker, D, Dekker, J, van den Ende. (2007). CHM: Physical therapy management of low back pain has changed. *Health Policy*, 80, 492-499.
28. Grol, R, & Wensing, M. (2005). Effective implementation: A model In Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edited by: Grol R, Wensing M, Eccles M. London: Elsevier.
29. Hannan, TJ. (1999). Variation in health care—the roles of the electronic medical record. *International Journal of Medical Informatics*, 54, 127-136.
30. Hart, DL, Mioduski, JE, Stratford, PW. (2005). Simulated computerized adaptive tests for measuring functional status were efficient with good discriminant validity in patients with hip, knee, or foot/ankle impairments. *J Clin Epidemiol*; 58, 629–638.
31. Higginson, IJ, & Carr, AJ. (2001). Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322 (729):1297–1300.
32. Jensen, MP, Karoly, P, Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 27, 117–126.
33. Jette, AM, & Delitto, A. (1997). Physical therapy treatment choices for musculoskeletal impairments. *Physical Therapy*, 77, 145-154.
34. John, JH, Thomas, D, Richards, D. (2003). Questionnaire survey on the use of computerization in dental practices across the Thames Valley Region. *Br. Dent J*, 195, 585-90.
35. Kendall, N, Linton, S, Main, C. (1997). Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back: risk factors for long-term disability and work loss.
36. Krismer, M, & van Tulder, M. (2007). Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). *Best practice & research: Clinical Rheumatology*, 21 (1), 77-91.
37. Mansson, J, Nilsson, G, Björkelund, C, Strender, L. (2004). Collection and retrieval of structured clinical data from electronic patient records in general practice. A firstphase study to create a health care database for research and quality assessment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22: 6- 10.
38. Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, 5a Edição.
39. Mekhjian, HS, Kumar, RR, Kuehn, L, et al. (2002). Immediate benefits realized following implementation of physician order entry at an academic centre. *Journal of American Medical Informatics Association*, 9(5), 529–539.

40. Miller, RH, & Sim, I. (2004). Physicians use of electronic medical records: barriers and solutions. A survey of physician practices shows slow but steady progress in this new technology. *Health Affairs*, 23, 116 – 126.
41. Otieno, OG, Toyama, H, Asonuma, M, Kanai-Pak, M, Naitoh, K. (2007). Nurses' views on the use, quality and user satisfaction with electronic medical records: questionnaire development. *The Authors, Journal compilation*, 209 – 219.
42. Palmer, RH. (1997). Process-based measures of quality: the need for detailed clinical data in large health care databases. *Annals of Internal Medicine* 127, 733-738.
43. Pizzi, LT, Suh, DC, Barone, J, Nash, DB. (2005). Factors related to physicians' adoption of electronic prescribing: results from a national survey. *American Journal of Medical Quality*, 2, 22–32.
44. Resnik, L, & Hart, DL. (2003). Using clinical outcomes to identify expert physical therapists. *Phys Ther*, 83, 990 – 1002.
45. Standard for Professional Practice: Record Keeping, College of Physiotherapists of Ontario. (2007). Guide to the Standard for Professional Practice.
46. Swinkels, CS, Van Den Ende, CHM, Bakker, D, et al. (2007). Clinical databases in physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23, 153 – 167.
47. Swinkels, ICS, van den Ende, CHM, van den Bosch, W, Dekker, J, Wimmers, RH. (2005). Physiotherapy management of low back pain: does practice match the Dutch guidelines? *Australian Journal of Physiotherapy*, 51, 35-41.
48. Swinkels, ICS, Wimmers, RH, Groenewegen, PP, van den Bosch, WJH, van den Ende CHM. (2005). What factors explains the number of physical therapy treatment sessions in patients referred with low back pain: a multilevel analysis. *BMC Health Services Research*, 24, 74.
49. Taenzer, P, Bultz, BD, Carlson, LE, et al. (2000). Impact of computerized quality of life screening on physician behaviour and patient satisfaction in lung cancer out-patients. *Psychooncology*, 9(3):203–213.
50. Tierney, WM. (2001). Improving clinical decisions and outcomes with information: a review. *Int J Med Inform*, 62, 1–9.
51. Treweek, S. (2003). The potential of electronic medical record systems to support quality improvement work and research in Norwegian general practice. *BMC Health Services Research*, 3, 10.

52. Unsworth, CA. (2011). Evidence-based practice depends on the routine use of outcome measures (Editorial). *Br J Occup Ther*, 74(5):209.
53. Waddell, G. (1987). A New Clinical Model for the Treatment of Low Back Pain. *Spine*, 12 (7), 632-644.
54. Waegemann, P. (2004). HER vs CCR: What is the Difference between the Electronic Health Record and the Continuity of Care Record?, accessed June 15, 2007, from [http://www.providersedge.com/chdocs/ehr\\_articles/EHR\\_vs\\_CCR-What\\_is\\_the\\_difference\\_between\\_the\\_EHR\\_and\\_the\\_CCR.pdf](http://www.providersedge.com/chdocs/ehr_articles/EHR_vs_CCR-What_is_the_difference_between_the_EHR_and_the_CCR.pdf).
55. World Confederation for Physical Therapy. (2005). Declarations of principle and position statements, *World Confederation for Physical Therapy*.
56. Weiskopf, NG, & Weng, C. (2013). Methods and dimensions of electronic health record data quality assessment: enabling reuse for clinical research. *J Am Med Inform Assoc*, 20, 144–51.
57. Werneke, M, & Hart, DL. (2004). Categorizing patients with occupational low back pain by use of the Quebec Task Force Classification System versus Pain Pattern Classification Procedures: Discriminant and predictive validity. *Physical Therapy*, 84, 243-254.
58. World Confederation for Physical Therapy (2007). Description of Physical Therapy. General Meeting of WCPT.

## APÊNDICES

## **Apêndice I**

Questionário de Caracterização Sócio- Demográfica e Clínica para utentes com dor lombar crónica

Nome \_\_\_\_\_ da  
Instituição: \_\_\_\_\_

Nº de Processo ou Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo responsável do estudo):  
\_\_\_\_\_

Data do preenchimento do questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA  
**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA**

**DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Peso \_\_\_\_\_ 4. Altura \_\_\_\_\_  
(kg): (cm):

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções):

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

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções):

Ensino Primário ou inferior  Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade)  Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade)  Ensino Superior completo

7. Qual é sua situação profissional?

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

8. É Fumador? (escolha uma das seguintes opções)

Sim  Ex-fumador  Não

**DADOS CLÍNICOS**

9. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

3-6 meses  6-12 meses  12-24 meses  Mais de 24 meses

**10. A sua dor prolonga-se para a perna?**

Sim  Não

**11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?**

Sim  Não

**12. No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor?**

Sim  Não

**12.1. Se sim, quantas vezes?**

1 vez  2 vezes  3 vezes  Mais de 3 vezes

**12.2. Durante quanto tempo (total de dias ou semanas que faltou no último ano)?**

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

**13. No último ano esteve de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc)?**

Sim  Não

**14. Durante o último mês sentiu: (escolha uma das seguintes opções)**

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
Dores de estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores nos braços, pernas ou noutras articulações além das costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor difusa ou dor em grande parte do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Na última semana sentiu-se (escolha uma das seguintes opções)**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desamparado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acordei várias vezes durante a noite

**17. Nos últimos 7 dias....**

	Nada	Um pouco	Um tanto	Muito	Bastante
Quanto é que o seu problema afectou as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou as suas atividades em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou a sua participação em atividades sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou as suas tarefas domésticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa**

Discordo plenamente     Discordo     Concordo     Concordo plenamente

**19. Sinto que as minhas costas estão cada vez piores e nunca vão melhorar.**

Concordo     Discordo

**20. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor HOJE.**

Sem Dor 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

**EXPETATIVAS COM O TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**21. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a sua dor lombar? (coloque um circulo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião)**

**1** Esteja pior    **2** Esteja na mesma    **3** Esteja ligeiramente melhor    **4** Esteja melhor    **5** Desapareça

**22. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a capacidade para realizar as suas atividades do dia-a-dia? (coloque um circulo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião).**

**1** Esteja pior    **2** Esteja na mesma    **3** Esteja ligeiramente melhor    **4** Esteja melhor    **5** Completamente recuperada

## **Apêndice II**

Folha de Registo dos Procedimentos/ Modalidades Terapêuticas

## Folha de Registo dos Procedimentos/ Modalidades Terapêuticas

Caro colega, por favor preencha as questões colocadas e especifique a intervenção realizada ao utente, preenchendo os espaços de acordo com tal.

1. Quem referiu o utente para a Fisioterapia?

Fisiatra  Neurologista/ Neurocirurgião  Reumatologista  Fisioterapeuta   
Ortopedista  Médico Clínica Geral  Auto referenciação  Outra situação

2. Qual o subsistema do utente?

SNS  ADSE  IASFA  Seguros  Outro   
SAMS  Sem subsistema (privado)  CGD  PT  Qual? \_\_\_\_\_

3. Qual a data do inicio da intervenção \_\_\_\_\_

4. Qual a data da alta \_\_\_\_\_ Utente mantém tratamento

5. Qual o motivo da alta:

Utente abandonou tratamento  Final do tratamento definido  Final das sessões prescritas  Melhoria Clínica   
Pioras clinicas  Necessidade de Exames Complementares  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

Modalidades / procedimentos utilizados. **Assinale com uma cruz as modalidades realizadas em cada semana de tratamento.**

Modalidades Terapêuticas:	1.ª semana					2.ª semana					4.ª semana					8.ª semana				
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1. Educação/ Informação/ Aconselhamento																				
2. Exercícios Terapêuticos																				
3. Prescrição, aplicação, confecção de dispositivos																				
4. Eletroterapia																				
5. Terapia Manual																				
6. Agentes Físicos e modalidades mecânicas																				
7. Treino de retorno à atividade profissional																				
8. Outros procedimentos não farmacológicos																				

**A preencher pelo Investigador**

<b>Número total de sessões</b>
<b>Número total de sessões realizadas até à alta</b>

## GLOSSÁRIO

### Tipologia de Intervenção

A tipologia de intervenção pretende identificar e categorizar as modalidades/ procedimentos utilizados pelos fisioterapeutas nas diferentes sessões de tratamento. Optou-se por uma taxonomia de categorias genérica dada a natureza multimodal da intervenção em Fisioterapia e a impossibilidade de agrupar a enorme variabilidade de procedimentos utilizados (Gil et al. 2007; Moniz et al. 2012).

Para efeitos de preenchimento da folha de registo, o Fisioterapeuta deve:

1. Registrar as modalidades/ procedimentos efetuados de acordo com o dia e semana respetivo.
2. Pequenas variações na natureza ou tipo de procedimento/ modalidade não devem ser registadas.

Os diferentes procedimentos terapêuticos são agrupados nas categorias seguintes:

#### Exercícios Terapêuticos

---

Inclui exercícios supervisionados realizados individualmente ou em grupo, realizados quer em meio terrestre como aquático. Pode incluir: actividade aeróbia, instrução do movimento, fortalecimento muscular, controlo postural, alongamento, resistência, treino de actividades da vida diária, equilíbrio, biofeedback/ EMG/, treino de mecanismos corporais, exercícios em cadeia fechada, reintegração comunitária, técnicas crânio-sacrais, conservação de energia, treino funcional, treino de marcha, exercícios para casa, autotratamento, reeducação da coordenação, mobilidade articular, método McKenzie, exercícios MET (equivalente metabólico), energia muscular, modulação da dor, exercícios do pavimento pélvico, exercícios de consciencialização corporal, exercícios pliométricos, exercícios posturais, exercícios proprioceptivos, treino prostético, técnicas de relaxamento, corrida/ exercícios de agilidade, reeducação sensorial, estabilização, exercícios com a bola suíça, actividade terapêutica, treino de vídeo-feedback, reeducação visual-motora, PNF (facilitação neuromuscular proprioceptiva), exercício de transferência, exercício na passadeira e/ou outros tipos de exercícios. Outros tipos de exercício.

---

#### Educação/ Informação/ Aconselhamento

---

Inclui aconselhamento individual ou em grupo, orientado por profissionais, a respeito da actividade, exercício e/ou causas de dor na coluna lombar, com recurso a sessões de educação formal e material de apoio educacional escrito. Pode incluir terapia cognitivo comportamental e autotratamento, educação para o exercício autónomo; "Back school"....

---

#### Terapia Manual

---

Inclui mobilização vertebral, massagem, manipulação (alta velocidade), mobilização dos tecidos moles, massagem de fricção, técnicas miofasciais, massagem transversal profunda, técnicas de relaxamento, técnicas de tensão neural/mobilização, contrair- relaxar.

---

#### Agentes Físicos e modalidades mecânicas

---

Inclui correntes interferenciais, laser, TENS (dor), ultrassom, diatermia, calor, calor húmido, parafina, Cryo Cuff/ compressão, gelo/ crioterapia, fonoforese, banho de contraste, hidromassagem, energia térmica.

Inclui suportes lombares, tração, tração mecânica lombar, CPM (continuous passive motion), pressoterapia, e/ou outros agentes...

---

#### Eletroterapia

---

Inclui modalidades eletroterapêuticas para aplicação de iontoforese, estimulação elétrica, modalidades eletroterapêuticas para controlo do edema, modalidades eletroterapêuticas para controlo da dor, TENS motor, Estimulação elétrica por ondas-curtas/dor, Estimulação elétrica/reeducação; Estimulação elétrica/fortalecimento.

---

**Treino de retorno à atividade profissional**

---

Simulação da atividade profissional, tarefas do trabalho mais difíceis. Outros tipos de treino...

---

**Prescrição, aplicação, confecção de dispositivos**

---

Aplicação de gesso, ortóteses dinâmicas, ortóteses, talas, modificação protética, "taping" terapêutico, ajudas técnicas no domicílio/ cadeira de rodas. Outros tipos..

---

**Outros procedimentos não farmacológicos**

---

...

---

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

### **Apêndice III**

Instrumentos de Recolha de Dados para Utentes com Dor Lombar Crónica

## QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia-a-dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas atividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das atividades listadas abaixo, devido à sua dor de costas. Para cada atividade há uma escala de 0 a 5. Por favor escolha uma opção de resposta para cada atividade (preencha todas as atividades) colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta.

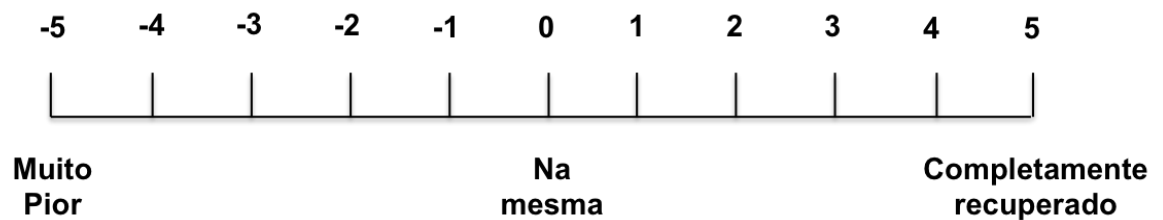
Hoje, tem dificuldade em realizar as seguintes atividades devido à sua dor de costas?

		0 Sem dificultad e nenhuma	1 Com Um mínimo de dificultad e	2 Com alguma dificultad e	3 Com bastante dificultad e	4 Com muita dificultad e	5 Incapaz de realizar
1	Levantar-se da cama						
2	Dormir toda a noite						
3	Virar-se na cama						
4	Andar de carro						
5	Estar de pé durante 20-30 minutos						
6	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7	Subir um lance de escadas						
8	Andar 300-400 metros						
9	Andar vários quilómetros						
10	Alcançar prateleiras altas						
11	Atirar uma bola						
12	Correr cerca de 100 metros						
13	Tirar comida do frigorífico						
14	Fazer a cama						
15	Calçar meias ( <i>collants</i> )						
16	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17	Mover uma cadeira						
18	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19	Carregar dois sacos de compras						
20	Levantar e carregar uma mala pesada						

Adicione todos os números para obter um **score total**: \_\_\_\_\_

## Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa<sup>2</sup>

Comparativamente **ao início do tratamento** nesta instituição, como descreve as suas costas atualmente? (selecione UMA opção)



## Escala Numérica da Dor

Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor HOJE.

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

<sup>2</sup> Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Pires, D., Costa, D. Freitas, P., e Cruz. E., (2015). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de Hush et al. Arch Phys Med Rehabil (2012) 93: 849-855.

**Apêndice IV**

Autorização da Comissão Especializada de Ética para a Investigação, CEEI-ESS

## COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº12/AM//2016

### SOLICITAÇÃO

Apreciação ética do estudo que aborda a temática: “Aceitabilidade e utilidade clínica de uma plataforma de registo electrónico de resultados clínicos para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica” submetido pela estudante Claudia Mendes do Mestrado em Fisioterapia lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e orientado pelo Prof. Doutor Eduardo Cruz. Este estudo tem como objectivo “...gerar dados que facilitem a investigação e a produção de conhecimento acerca dos resultados obtidos com a Fisioterapia e que facilitem a melhoria da qualidade dos cuidados, o *benchmarking* e a gestão do processo da fisioterapia.”

### DOCUMENTAL

1. Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética em Investigação da ESS-IPS endereçado à presidente da mesma.
2. Dossier de submissão com sinopse do estudo, carta/convite aos participantes (fisioterapeutas e utentes), formulários de consentimento informado (fisioterapeutas e utentes), e caderno de instrumentos de recolha de dados (fisioterapeutas e utentes).

### ANÁLISE E PARECER

O pedido apresentado cumpre os requisitos éticos exigidos aos estudos de investigação pelo que colhe parecer favorável. Recomenda-se ainda: 1) Utilizar do email institucional na identificação do(s) Investigador(es) e 2) especificar o tempo de duração/participação dos sujeitos: “Fisioterapeutas participantes: “...período de 6 meses”” e os “Utentes participantes: “...tempo necessário para preenchimento dos questionários...”

2 Janeiro 2017

Pela CEEI-ESS



**Apêndice V**

Consentimento Informado para os participantes

## Consentimento Informado para Fisioterapeutas Participantes

**CORE Project (CLINICAL OUTCOME RESEARCH DATABASE IN PHYSICAL THERAPY):  
Aceitabilidade e utilidade clínica de uma estrutura de registo electrónico de resultados  
clínicos para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica**

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

### Formulário de Consentimento Informado

Aceito participar neste estudo que tem por objectivo avaliar a utilidade clínica e aceitabilidade de uma estrutura de registo electrónico de resultados clínicos, em formato de computador pessoal e Smartphone, para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica. Os investigadores explicaram-me de forma satisfatória a finalidade do estudo e as suas possíveis implicações. Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos, li a ficha informativa e compreendi-a na totalidade.

Estou consciente que as minhas respostas serão usadas para avaliar a utilidade clínica e aceitabilidade de uma plataforma de registo electrónico de resultados clínicos, em formato de computador pessoal e *Smartphone*, para a prática da fisioterapia em utentes com dor lombar crónica.

Compreendo que toda a informação fornecida será mantida confidencial. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_

## **Apêndice VI**

Explicações sobre a inserção dos dados e funcionamento de protocolo de registo eletrónico

## Explicações sobre a inserção dos dados e funcionamento de protocolo de registo eletrónico

Em síntese, a Plataforma CORE permite realizar 4 atividades principais que os fisioterapeutas podem usar quando estão a avaliar e a tratar utentes com dor lombar crónica:

1. **Inserir** os registos dos utentes;
2. **Consultar** os registos e a evolução clínica dos utentes;
3. Fazer a impressão dos **instrumentos** de caracterização e avaliação dos utentes;
4. Consultar as **avaliações** efetuadas aos utentes.

Na primeira opção é possível “**inserir** os registos dos utentes”, a plataforma cria um código automático para cada novo utente inserido. No primeiro registo do utente, será direcionado para o preenchimento do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica e para os instrumentos de avaliação e monitorização da evolução da condição. Após clicar em **inserir** o utente fica registado. Nos momentos seguintes de avaliação (T1, T2 e T3), a página para inserção de novos dados apresentará apenas os instrumentos necessários à conclusão de cada um desses momentos. Após o registo da 1ª avaliação, a plataforma permite pesquisar se existem registos anteriores relativos ao utente que pretende inserir, através da pesquisa automática pelo Código. Assim, e após a pesquisa pode passar ao registo das avaliações seguintes.

Na segunda opção “**Consulta** dos registos e a evolução clínica dos utentes”, pode aceder, através da pesquisa pelo Código ou Data de Nascimento, aos dados relativos ao momento de avaliação para cada utente inserido. Depois de selecionado o utente, serão apresentados os dados de cada instrumento, por momento de avaliação sob forma de tabela e gráfico. Como é possível observar, o registo de um novo momento de avaliação associado ao utente que se encontra a consultar, está também disponível neste menu. Após a conclusão do tratamento e/ou alta do utente é através da consulta que deverão inserir o Registo das Modalidades Terapêuticas, podendo a mesma ser consultada em qualquer altura. Este formulário inclui um conjunto de modalidades terapêuticas agregadas e questões relativas à proveniência do utente, número de sessões, frequência e pretende caracterizar genericamente a sua intervenção.

No Menu **Instrumentos** pode visualizar todos os instrumentos de recolha e avaliação do utente de acordo com a sua condição clínica – Dor Lombar Crónica.

Os instrumentos estão organizados por momentos de avaliação (instrumentos a aplicar na recolha de dados nesse momento de avaliação). Por fim, está igualmente disponível a periodicidade (intervalo de tempo entre os momentos de avaliação), estabelecida para a Dor Lombar Crónica, em que deve

recolher os dados de cada instrumento. Neste protocolo estão considerados 4 momentos estandardizados de recolha de dados:

### **T0 (avaliação inicial)**

Na avaliação inicial o protocolo utiliza os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Questionário de Caracterização Sociodemográfico e Clínica: Este questionário tem dados sociodemográficos como idade, género, profissão, dados clínicos acerca da duração da dor lombar do utente, se o utente toma alguma medicação para a dor, se a dor lombar afeta o trabalho do utente e ainda a quantificação da dor. O questionário também contém informação acerca das expectativas do utente relativamente à fisioterapia.
- Escala numérica da dor: (Jensen, Karoly & Braver, 1986; Kremer, Atkinson & Ignelzi, 1981; Closs, Barr, Briggs, Cash & Seers, 2004; Farrar, Young, LaMoreaux, Werth & Poole, 2001).
- Quebec Back Pain Disability Scale (Cruz, Fernandes, Carnide, Moniz, Viera & Nunes, 2013)

### **T1, T2 e T3 (2, 4 e 8 semanas depois da avaliação inicial)**

Estão previstos 3 avaliações de *follow-up*, nos quais o protocolo utiliza os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Escala numérica da dor (Jensen, Karoly & Braver, 1986; Kremer, Atkinson & Ignelzi, 1981; Closs, Barr, Briggs, Cash & Seers, 2004; Farrar, Young, LaMoreaux, Werth & Poole, 2001)
- Quebec Back Pain Disability Questionnaire (Cruz, Fernandes, Carnide, Moniz, Viera & Nunes, 2013)
- Global Back Recovery Scale (Freitas, Pires, Costa & Cruz, 2016)

Na quarta e última opção, “Menu **Avaliações**” é possível consultar todos os dados inseridos, diferenciados por instrumento de recolha e interpretar graficamente (ou na tabela associada) a evolução da condição do utente, ao longo dos diferentes momentos de avaliação. Os dados que futuramente surgirão representados nos gráficos referem-se a todos os utentes inseridos na Condição Clínica – Dor Lombar Crónica.

## **Apêndice VII**

Questionário de Utilidade Clínica do Protocolo Eletrônico de Registo de Dados

## Caro Colega

O registo e a documentação são elementos essenciais de uma prática autónoma e qualificada. Com este inquérito pretendemos explorar o grau de importância que atribuiria a um sistema de registo electrónico para a sua aprendizagem e desenvolvimento profissional. No inquérito avançamos com múltiplos cenários acerca do tipo de informação que poderia obter com este sistema. **O termo informação refere-se sempre a informação agregada, isto é, informação relativa ao conjunto dos seus utentes, com uma dada condição clínica, e ao fim de um período específico (ex. semestral e anual).**

Classifique, colocando um círculo na opção que considera adequada, o grau de importância que atribui à informação referida em cada item para o seu contexto de prática clínica/ exercício profissional, considerando que “1” significa “nada importante” e “5”, “muito importante”.

1	Informação acerca das características dos utentes que recorrem aos serviços de fisioterapia (ex. idade, género, nível educacional, profissão, etc)	1	2	3	4	5
2	Informação acerca de quem referencia os utentes	1	2	3	4	5
3	Informação acerca da razão para referenciar os utentes para a fisioterapia	1	2	3	4	5
4	Informação acerca do sub - sistema de saúde do utente	1	2	3	4	5
5	Informação acerca das características da condição clínica do utente (ex. duração da dor, nível funcional, etc).	1	2	3	4	5
6	Informação acerca do tipo de tratamento efectuado	1	2	3	4	5
7	Informação acerca do número de sessões realizadas.	1	2	3	4	5
8	Informação acerca da duração e frequência do tratamento efectuado.	1	2	3	4	5
9	Informação acerca dos resultados da intervenção (ex. na dor e função)	1	2	3	4	5
10	Informação relativa à percepção global de melhoria dos utentes e satisfação com o tratamento	1	2	3	4	5
11	Produção de relatórios sobre a evolução de utentes, em “outcomes” específicos (ex. dor e função)	1	2	3	4	5
12	Produção de relatórios sobre o custo- benefício das intervenções realizadas	1	2	3	4	5
13	Informação comparativa relativa ao tipo de tratamento efectuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	1	2	3	4	5
14	Informação comparativa relativa ao número de sessões realizadas por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	1	2	3	4	5
15	Informação comparativa relativa à duração e frequência do tratamento efectuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	1	2	3	4	5
16	Informação comparativa acerca dos resultados da intervenção obtidos por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	1	2	3	4	5

17. Para além da informação referida nos itens do inquérito que outro tipo de informação considera importante para a sua aprendizagem e desenvolvimento profissional?

18. Na sua prática clínica qual das seguintes funções melhor descreve o seu dia-a-dia?

Clínica  Gestão/ administração

Muito Obrigado pela sua Colaboração

## **Apêndice VIII**

Questionário de Aceitabilidade do Protocolo Eletrônico de Registo de Dados

**Título:** Questionário acerca da Aceitabilidade do protocolo eletrónico de Registo de Dados

Por favor, responda a este breve questionário. A informação disponibilizada será utilizada para conhecer o grau de aceitação do protocolo eletrónico de Registo de Dados para utentes com dor lombar crónica - CORE Project, por parte dos Fisioterapeutas.

O questionário não lhe tomará mais que 5 minutos.

Muito obrigado pela sua colaboração!

---

## 1. Dados Pessoais

### 1.1. Género

Masculino

Feminino

### 1.2. Idade:

20-30 Anos

30-40 Anos

40-50 Anos

+ 50 Anos

### 1.3 Tempo de exercício profissional:

Menos de 1 ano

Entre 2 a 6 anos

Entre 6 a 10 anos

Mais de 10 anos

### 1.4 Local de prática clínica

Público

Privado

Misto

### 1.5. Grau Académico:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

---

## 2. Aceitabilidade do CORE Project

### 2.1. Qual a sua opinião sobre o conceito CORE Project.

Muito interessante

Interessante

Pouco interessante

Nada interessante

### 2.2. Como classifica a utilidade do CORE para a sua prática clínica?

Muito Útil

Útil

Pouco Útil

Inútil

### 2.3. Como classifica a utilidade do CORE para o seu local de trabalho?

Muito Útil

Útil

Pouco Útil

Inútil

### 2.4. Como qualifica o seu grau de satisfação com a utilização do CORE?

Muito satisfeito

Satisfeito

Pouco satisfeito

Nada satisfeito

### 2.5. Como classifica a sua intenção para continuar a utilizar o CORE?

Muito provável

Provável

Pouco provável

Nada provável

### 2.6. Como classifica a facilidade de utilização do CORE?

Muito fácil

Fácil

Pouco fácil

Nada fácil

---

### 3. Utilização do CORE Project

#### 3.1. Com que frequência utilizou o CORE, no último mês?

Todos os dias

Três vezes por semana

Uma vez por semana

Uma vez de quinze em quinze dias

Não utilizei

#### 3.2. Com que frequência prevê utilizar o CORE no futuro?

Todos os dias

Três vezes por semana

Uma vez por semana

Uma vez de quinze em quinze dias

Nada provável

#### 3.3. Considerando o seu contexto de trabalho, qual a probabilidade dos seus colegas de trabalho utilizarem o CORE?

Muito provavelmente

Provavelmente

É pouco provável

Não é nada provável

Não sei

#### 3.4. Considerando o seu contexto de trabalho, considera que possui os recursos necessários à utilização do CORE?

Sim

Não

#### 3.5. Considerando o seu contexto de trabalho, considera que possui o tempo necessário para a sua utilização?

Sim

Não

---

#### 4. Conteúdo do CORE Project

4.1. Como qualifica a relevância da informação recolhida no CORE Project para avaliar/monitorizar a evolução dos pacientes?

Muito Útil

Útil

Pouco Útil

Inútil

4.2. Como classifica a adequabilidade da informação que o sistema proporciona face às suas necessidades?

Muito adequada

Adequada

Pouco adequada

Desadequada

4.3. Como classifica a adequabilidade dos relatórios produzidos no sistema às suas necessidades?

Muito adequados

Adequados

Pouco adequados

Nada adequados

4.4. Classifique o grau de importância que atribui à informação fornecida pelo CORE Project para o ajudar a melhorar a sua prática clínica e os resultados da sua prática clínica?

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nada importante

4.5. Classifique o grau de importância que atribui ao CORE Project para a sua clínica/hospital.

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nada importante

4.6. Classifique o grau de sucesso que considera que o CORE Project poderá ter no seu local de trabalho.

Muito sucesso

Algum sucesso

Pouco sucesso

Nenhum sucesso

---

## 5. Intenção de compra

### 5.1. Partindo do princípio de que o preço do produto o satisfaça, compraria o acesso ao CORE Project

Sim

Talvez

Não creio que o compraria

Não o compraria

### 5.2. Compraria este produto a um preço de [XXX]?

Muito provavelmente

Provavelmente

É pouco provável

Não é nada provável

Não sei

---

## 6. Perfil de Utilizador Informático

### 6.1. Possui um computador pessoal?

Sim

Não

### 6.2. Possui um computador no seu local de trabalho?

Sim

Não

### 6.3. Com que frequência utiliza o seu computador pessoal

Todos os dias

Três vezes por semana

Uma vez por semana

Uma vez de quinze em quinze dias

### 6.4. Como classifica as suas competências de utilizador?

Nível Básico

Regular

Proficiente

Para além das questões referidas nos itens anteriores do questionário gostaria de adicionar algum aspeto relativo à sua experiência com o protocolo eletrónico de Registo de Dados?

## **Apêndice IX**

Matriz de desenvolvimento do Questionário de Aceitabilidade

**Tabela I – Matriz de desenvolvimento do Questionário de Aceitabilidade**

<b>Conceito</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Questão(ões)</b>	<b>Tipo de questões</b>
Aceitabilidade	Este item refere-se a como os indivíduos vão reagir à utilização do registo eletrónico e as suas reacções em relação à intervenção.	Achou útil a utilização do registo eletrónico?	Fechada
Procura	Procura saber a dimensão da nova ideia, programa, intervenção ou medição provável que pode ser usado.	Ficou satisfeito com a utilização do registo eletrónico? Vai usar no futuro?	Fechada
Implementação	Este foco de investigação aborda a dimensão, probabilidade e método, no qual uma intervenção pode ser completamente implementada como planeada e proposta no projeto (Green e Glasgow, (2006) citado por Bowen et al. (2009)).	Achou a dimensão da utilização do registo eletrónico apropriada?	Fechada
Viabilidade	Este item explora a dimensão na qual uma intervenção pode ser realizada com os participantes tendo em conta o tempo, compromisso ou algum outro constrangimento.	Achou a utilização do registo eletrónico exequível?	Fechada
Adaptação/ Expansão	Este termo foca-se em adaptar o conteúdo ou procedimentos do programa para estar apropriado a uma nova situação. É importante descrever as modificações que foram feitas para adaptar o contexto e requisitos de um diferente formato, meio de comunicação ou população (Resnicow, Baranowski, Ahluwalia e Braithwaite (1999) citado por Bowen et al. (2009)).	Achou que o registo eletrónico pode ser utilizado para diferentes situações clínicas ou populações?	Fechada
Integração	Este termo avalia o nível de mudança do sistema necessário para integrar um novo programa ou método numa infraestrutura ou programa existente. A documentação de mudança que ocorre dentro da configuração organizacional ou o meio social e físico como um resultado directo da integração do novo programa para ajudar a determinar se o novo empreendimento é verdadeiramente praticável (Welch, Riley, Montgomery, Von Tettenborn e Mansi (2006) citado por Bowen et al. (2009)).	Achou o enquadramento do registo eletrónico adequado ao seu contexto profissional?	Fechada
Testes de eficácia limitada	Muitos estudos de aceitabilidade são desenhados para testar uma intervenção num sentido limitado. Estes testes avaliam a aceitabilidade do estudo num ambiente altamente controlado.	Achou a utilização do registo eletrónico bem-sucedida, mesmo que dentro de um ambiente controlado?	Fechada

## **Apêndice X**

Caracterização dos Fisioterapeutas participantes no estudo

**Tabela II** - Caracterização dos Fisioterapeutas participantes no estudo. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis gênero, grau acadêmico, local onde exerce e formação complementar. Estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão para variáveis numéricas) para a variável experiência profissional (n=10).

Variável em análise	Categorias da variável	Fa <sup>a</sup>	Fr <sup>b</sup>	Estatística descritiva
<b>Idade</b>	20-30 anos	7	70%	Média: 30 anos Mediana: 25 anos
	30-40 anos	2	20%	Desvio Padrão: ± 10 anos mín. 25 anos
	+50 anos	1	10%	máx.: 55 anos (n=10)
<b>Gênero</b>	Masculino	3	30%	(n=10)
	Feminino	7	70%	
<b>Grau acadêmico</b>	Licenciatura	10	100%	(n=10)
	Mestrado	3	30%	
<b>Experiência Profissional</b>	Menos de 2 anos	1	10%	Média: 9,9 anos Mediana: 8,0 anos
	Entre 2 a 6 anos	2	20%	Desvio Padrão: ± 8,3 anos
	Entre 6 a 10 anos	5	50%	mín.: 1 ano máx.: 25 anos
	Mais de 10 anos	2	20%	(n=10)
<b>Local onde exerce</b>	Público	1	10,0%	(n=10)
	Privado	8	80,0%	
	Misto	1	10,0%	

<sup>a</sup> Frequência absoluta; <sup>b</sup> Frequência relativa

## **Apêndice XI**

Resultados da informação relativa à caracterização dos utentes e tratamentos

**Tabela III – Resultados da informação relativa à caracterização dos utentes e tratamentos realizados em frequências absolutas, média e desvio padrão**

Questões	1 Nada importante	2 Muito pouco importante	3 Pouco importante	4 Importante	5 Muito importante	Média e desvio padrão
1. Informação acerca das características dos utentes que recorrem aos serviços de fisioterapia (ex. idade, género, nível educacional, profissão, etc)	0	0	1	2	7	4,60 ± 0,699
2. Informação acerca de quem referencia os utentes	0	2	2	5	1	3,50 ± 0,972
3. Informação acerca da razão para referenciar os utentes para a fisioterapia	0	1	1	5	3	4,00 ± 0,943
4. Informação acerca do sub - sistema de saúde do utente (ADSE, ADME, SAMS, etc)	1	3	3	1	2	3,00 ± 1,333
5. Informação acerca das características da condição clínica do utente (ex. duração da dor, nível funcional, etc).	0	0	1	2	7	4,60 ± 0,699
6. Informação acerca do tipo de tratamento efectuado	0	0	1	3	6	4,50 ± 0,707
7. Informação acerca do número de sessões realizadas.	0	0	2	5	3	4,10 ± 0,738
8. Informação acerca da duração e frequência do tratamento efectuado.	0	0	2	3	5	4,30 ± 0,823
9. Informação acerca dos resultados da intervenção (ex. na dor e função)	0	0	0	1	9	4,90 ± 0,316
10. Informação relativa à percepção global de melhoria dos utentes e satisfação com o tratamento	0	0	0	1	9	4,90 ± 0,316

## **Apêndice XII**

Resultados da informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico e ao  
*benchmarking*

**Tabela IV** – Resultados da informação relativa a relatórios gerados pela plataforma de registo eletrónico e ao *benchmarking* em frequências absolutas, média e desvio padrão

Questões	1 Nada importante	2 Muito pouco importante	3 Pouco importante	4 Importante	5 Muito importante	Média e desvio padrão
11. Produção de relatórios sobre resultados específicos da intervenção, demonstrando a evolução dos utentes (ex.: dor e função)	0	0	0	3	7	4,70 ± 0,483
12. Produção de relatórios sobre o custo-benefício das intervenções realizadas	0	0	1	6	3	4,20 ± 0,632
13. Informação comparativa relativa ao tipo de tratamento efectuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	0	0	2	6	2	4,00 ± 0,667
14. Informação comparativa relativa ao número de sessões realizadas por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	0	0	4	5	1	3,70 ± 0,675
Informação comparativa relativa à duração e frequência do tratamento efectuado por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	0	0	4	5	1	3,70 ± 0,675
Informação comparativa acerca dos resultados da intervenção obtidos por si e por outros colegas em diferentes locais de prática.	0	0	1	5	4	4,30 ± 0,675

### **Apêndice XIII**

Resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente à aceitabilidade do protocolo CORE

**Tabela V** – Resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente à aceitabilidade do protocolo CORE.

	Muito interessante (1)	Interessante (2)	Pouco Interessante (3)	Nada interessante (4)	Média e desvio padrão
2.1 Qual é a sua opinião sobre o conceito CORE Project?	0	4	5	1	2,70 ± 0,675
	Muito útil (1)	Útil (2)	Pouco útil (3)	Inútil (4)	
2.2. Como classifica a utilidade do CORE para a sua prática clínica?	3	6	1	0	1,80 ± 0,632
2.3. Como classifica a utilidade do CORE para o seu local de trabalho?	2	5	2	1	2,20 ± 0,919
	Muito satisfeito (1)	Satisfeito (2)	Pouco satisfeito (3)	Nada satisfeito (4)	
2.4. Como classifica o grau de satisfação com a utilização do CORE?	2	6	2	0	2,00 ± 0,667
	Muito provável (1)	Provável (2)	Pouco provável (3)	Nada provável (4)	
2.5. Como classifica a sua intenção para continuar a utilizar o CORE?	1	6	1	2	2,40 ± 0,966
	Muito fácil (1)	Fácil (2)	Pouco fácil (3)	Nada fácil (4)	
2.6. Como classifica a facilidade de utilização do CORE?	4	5	1	0	1,70 ± 0,675

## **Apêndice XIV**

Resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente ao conteúdo do CORE Project

**Tabela VI – Resultados do Questionário de Aceitabilidade relativamente ao conteúdo do CORE Project**

	Muito útil (1)	Útil (2)	Pouco útil (3)	Inútil (4)	<b>Média e desvio padrão</b>
4.1. Como qualifica a relevância da informação recolhida no CORE Project para avaliar/ monitorizar a evolução dos pacientes?	5	5	0	0	1,50 ± 0,527
	Muito adequada (1)	Adequada (2)	Pouco adequada (3)	Desadequada (4)	
4.2. Como classifica a adequabilidade da informação que o sistema proporciona face às suas necessidades?	2	7	1	0	1,90 ± 0,568
4.3. Como classifica a adequabilidade dos relatórios produzidos no sistema face às suas necessidades?	1	8	1	0	2,00 ± 0,471
	Muito importante (1)	Importante (2)	Pouco importante (3)	Nada importante (4)	
4.4. Classifique o grau de importância que atribui à informação fornecida pelo CORE Project para o ajudar a melhorar a sua prática clínica e os resultados da sua prática clínica?	3	4	3	0	2,00 ± 0,816
4.5. Classifique o grau de importância que atribui ao CORE Project para a sua clínica/ hospital.	1	4	5	0	2,40 ± 0,699
	Muito sucesso (1)	Algum sucesso (2)	Pouco sucesso (3)	Nenhum sucesso (4)	
4.6. Classifique o grau de sucesso que considera que o CORE Project poderá ter no seu local de trabalho.	2	4	4	0	2,20 ± 0,789