



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Cristiana Mota

**Perfil clínico e epidemiológico de
pessoas com dor de origem
músculo-esquelética que
recorrem aos serviços privados
de Fisioterapia**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

Orientador
Professor Doutor Diogo Pires

novembro de 2022

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

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

A Candidata,

(Cristiana Gil Mota)

Setúbal, 22 de novembro de 2022

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

O orientador,

(Diogo André da Fonseca Pires)

Setúbal, 22 de novembro de 2022

*O esforço árduo e a dedicação
também estão acompanhados por:
Calma, Serenidade e Amor.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor doutor Diogo Pires o meu maior e sincero agradecimento pela sua orientação, eterna paciência, compreensão e disponibilidade. Agradeço-lhe sobretudo por todo o conhecimento que me transmitiu e pelo crescimento profissional que me proporcionou.

Aos demais docentes do mestrado por todo o conhecimento transmitido e pela dedicação constante em elevar os padrões de prática da Fisioterapia e desenvolvimento contínuo dos Fisioterapeutas.

Aos meus pais pela enorme paciência e compreensão pela ausência, pelo constante apoio e suporte e por me permitirem continuar a lutar pelos meus sonhos e ser a Fisioterapeuta que sou hoje.

Ao meu irmão pela tranquilidade e por me demonstrar que é preciso leveza no processo.

À Cookie por ter sido o meu suporte emocional e por me ter obrigado a fazer pausas ativas.

A todos os meus amigos que fizeram parte deste processo e sobretudo pelo apoio constante e por zelarem pela minha saúde mental. Um obrigado especial ao João, à Andreia e à Catarina que me motivaram a persistir, e que me ajudaram a que o caminho fosse mais leve.

A todos os colegas do mestrado pelo companheirismo, partilha de conhecimento e constante crescimento pessoal e profissional. Em especial à Maria João, à Patrícia e ao Paulo, pelo apoio constante, pelas eternas reflexões e sobretudo por terem contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao Gu e à Clarinha pela calma e tranquilidade nas horas de maior aflição, e por me motivarem a ser um exemplo de resiliência e superação.

A todos os Fisioterapeutas colaboradores deste estudo agradeço a ajuda, paciência e compromisso. Sem vós este estudo não seria possível de realizar.

Muito grata pela grande jornada de crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética, que recorrem aos serviços privados de Fisioterapia

Cristiana Mota; Diogo Pires

Introdução: As condições músculo-esqueléticas (ME) constituem a segunda maior causa de anos vividos com incapacidade, manifestando-se pela presença de dor, e em Portugal tem-se assistido a um aumento gradual da sua prevalência e carga associada. Embora a Fisioterapia tenha demonstrado ser capaz de gerir este tipo de condições, existe uma lacuna no conhecimento das características de quem recorre aos tratamentos de Fisioterapia no contexto privado, tornando-se assim prioritário conhecê-las de forma a preparar os cuidados de Fisioterapia e os Fisioterapeutas para as necessidades desses utentes. Assim, os objetivos deste estudo foram (1) caracterizar as pessoas com dor ME que recorrem a tratamentos de Fisioterapia na prática privada e (2) ainda analisar as relações entre a intensidade de dor e a saúde ME, qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e características individuais.

Metodologia: Este estudo foi realizado em duas fases. A primeira fase integrou a construção e validação de um questionário de caracterização. A segunda fase foi a realização de um estudo observacional, transversal, integrando uma amostra de indivíduos com dor ME em vários tipos de contexto privado de Fisioterapia e em vários locais em Portugal. A recolha de dados foi realizada com recurso a um caderno de instrumentos autorreportados disponibilizado aos participantes, e com o preenchimento de questões de caracterização dirigidas ao Fisioterapeuta. Para o primeiro objetivo, foi utilizada estatística descritiva, e para o segundo objetivo, os dados foram analisados através do coeficiente de correlação de *Pearson* e modelos de regressão logística binária.

Resultados: O estudo integrou uma amostra de 140 participantes, predominantemente do sexo feminino e com idade média de 47,09 anos; fisicamente inativa, com excesso de peso e com presença de comorbilidades associadas; presença de dor no joelho ou ombro e do tipo nociceptivo; presença de indicadores psicossociais e comportamentos de redução do nível de atividade e participação, sobretudo relacionados com o trabalho e a rotina diária. Verificaram-se associações significativas ($p < 0,05$) entre a saúde ME, a QVRS e os níveis de intensidade da dor, e entre níveis elevados de dor e o sexo, habilitações literárias, agregado familiar, tipo de trabalho, tempo de deslocação à Fisioterapia, tipo de dor, problemas com o sono e presença de indicadores de catastrofização e comportamentos/ estratégias de *coping*.

Conclusão: Este estudo permitiu caracterizar as pessoas que recorrem aos tratamentos de Fisioterapia na prática privada e verificou relações significativas entre múltiplas variáveis, que podem contribuir para que os Fisioterapeutas e serviços de Fisioterapia melhorem os cuidados prestados, assim como informar a formação dos Fisioterapeutas e decisões de âmbito profissional.

Palavras-chave: dor músculo-esquelética; condições músculo-esqueléticas; fisioterapia; prática privada

ABSTRACT

Clinical and epidemiological profile of people with musculoskeletal pain, who resort to private physiotherapy services

Cristiana Mota; Diogo Pires

Introduction: Musculoskeletal (MSK) conditions are the second leading cause of years lived with disability, manifested by the presence of pain, and in Portugal there has been a gradual increase in its prevalence and associated burden. Although Physiotherapy has shown to be able to manage this type of conditions, there is a gap in the knowledge of the characteristics of those who use Physiotherapy treatments in the private context, thus making it a priority to know them in order to prepare Physiotherapy care and the Physiotherapists for the needs of these users. Thus, the aims of this study were (1) to characterize people with MSK pain who resort to Physiotherapy treatments in private practice, and (2) to analyze the relationship between pain intensity and MSK health and health-related quality of life (HRQoL), and individual characteristics.

Methodology: This study was carried out in two phases. The first phase integrated the construction and validation of a characterization questionnaire. The second phase was to carry out a cross-sectional observation study, integrating a sample of individuals with MSK pain in various types of private Physiotherapy context and in various locations in Portugal. Data collection was carried out using a notebook of self-reported instruments made available to the participants, and with the completion of characterization questions addressed to the Physiotherapist. For the first objective, descriptive statistics were used, and for the second objective, the data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and binary logistic regression models.

Results: The integrated a sample of 140 participants, predominantly female and with a mean age of 47,09 years; physically inactive, overweight and with associated comorbidities; presence of pain in the knee or shoulder and nociceptive type; presence of psychosocial indicators and behaviors that reduce the level of activity and participation, especially related to work and daily routine. There were significant associations ($p < 0,05$) between MSK health, HRQoL and pain intensity levels, and between high pain levels and gender, educational qualifications, household, type of work, travel time Physiotherapy, type of pain, sleep problems and presence of catastrophizing indicators and coping behaviors/ strategies.

Conclusion: This study allowed the characterization of people who resort to Physiotherapy treatments in private practice and verified significant relationships between multiple variables, which can help Physiotherapists and Physiotherapy services to improve the care provided, as well as inform the training of Physiotherapists and decisions of a professional scope.

Keywords: Musculoskeletal Pain; musculoskeletal conditions; physiotherapy; private practice

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	METODOLOGIA.....	6
2.1	Tipo/ Desenho de Estudo.....	6
2.2	Fase 1 – Desenvolvimento e Validação do Questionário de Caracterização.....	6
2.2.1	Desenvolvimento do Questionário de Caracterização.....	6
2.2.2	Validade facial e de conteúdo.....	8
2.2.3	Estudo piloto.....	9
2.3	Fase 2 - Condução do estudo observacional transversal.....	10
2.3.1	Participantes.....	10
2.3.2	Tamanho da amostra.....	11
2.3.3	Procedimentos de Recrutamento da Amostra.....	11
2.3.4	Caderno de Instrumentos.....	12
2.3.5	Recolha de dados.....	14
2.3.6	Análise Estatística.....	14
3	RESULTADOS.....	16
3.1	Caracterização demográfica e socioeconómica dos participantes.....	16
3.2	Caracterização clínica dos participantes.....	22
3.3	Caracterização psicossocial dos participantes.....	23
3.4	Caracterização de outros aspetos acerca dos participantes e do Fisioterapeuta.....	25
3.6	Relação entre intensidade da dor, qualidade de vida relacionada com a saúde e saúde músculo-esquelética.....	26
3.7	Associação entre as variáveis de caracterização e intensidade da dor (no momento da avaliação).....	26
3.8	Associação entre as variáveis de caracterização e intensidade da dor média.....	28
4	DISCUSSÃO.....	30
5	CONCLUSÃO.....	411
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
	Apêndices.....	55
	Anexos.....	12

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema ilustrativo da identificação do painel de peritos.....	8
Figura 2: Esquema ilustrativo da identificação dos possíveis participantes do estudo.	10
Figura 3: Fluxograma do estudo.....	16
Figura 4: Distrito de residência dos participantes.	17
Figura 5: Meio de residência dos participantes.	17
Figura 6: Tempo de deslocação para a Fisioterapia, pelos participantes.....	18
Figura 7: Estado civil dos participantes.....	18
Figura 8: Com quem residem os participantes.	18
Figura 9: Nível de concordância acerca de bom suporte familiar, pelos participantes.	18
Figura 10: Classificação do tipo de atividade profissional dos participantes.....	19
Figura 11: Grau de satisfação laboral dos participantes.	19
Figura 12: Localização da dor músculo-esquelética dos participantes.....	22
Figura 13: Duração da dor atual dos participantes.	22
Figura 14: Intensidade da dor dos participantes, em diversos momentos.	22
Figura 15: Impacto da dor na função nas atividades da vida diária, e na participação social dos participantes.	25
Figura 16: Subsistema de saúde dos participantes.....	25
Figura 17: Contexto de trabalho do Fisioterapeuta colaborador.	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização demográfica e socioeconómica dos participantes.	17
Tabela 2: Caracterização do stress e da ausência laboral dos participantes.	20
Tabela 3: Caracterização do estado de saúde global dos participantes.	21
Tabela 4: Caracterização clínica dos participantes.	23
Tabela 5: Caracterização psicossocial dos participantes.	24
Tabela 6: Relação entre intensidade da dor, qualidade de vida relacionada com a saúde e saúde músculo-esquelética.	26
Tabela 7: Resultados da análise univariada para a dor moderada a severa, no momento da avaliação.	27
Tabela 8: Resultados da análise univariada relativo às variáveis independentes com as variáveis de caracterização da população, para a dor moderada a severa média.	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

EQ-5D – Questionário Europeu de Qualidade de Vida (Euro-Qol-5D-3L)

IMC – Índice de massa corporal

ME – Músculo-esquelético (a)

MSK-HQ – *Musculoskeletal Health Questionnaire*

PIB – Produto interno bruto

PDQ – *Pain Detect Questionnaire*

QVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SAD – Serviço de Assistência na Doença (GNR/PSP)

1 INTRODUÇÃO

As condições músculo-esqueléticas (ME) são uma das principais problemáticas de saúde com maior impacto a nível mundial (Blyth et al., 2019; Storheim & Zwart, 2014), manifestando-se principalmente pela presença de dor. Atualmente a dor ME constitui, por si só, um diagnóstico dentro das disfunções do foro ME, e é definida como uma perceção desagradável manifestada a partir dos sistemas muscular, ósseo, ligamentar, tendinoso e nervoso (Trouvin & Perrot, 2019). É transversal a várias condições agudas e crónicas, que têm em comum a associação da dor e a incapacidade funcional (Id et al., 2018). Embora a dor esteja presente num grande espectro de condições ME, esta afeta predominantemente a região da cervical, ombros, cotovelos, lombar, anca e joelhos e pode ser definida pelos limites anatómicos (localizada) ou generalizada (Blyth et al., 2019; March et al., 2014).

A dor ME é atualmente considerada como um problema global, comum a todos os países desenvolvidos, constituindo a segunda maior causa de anos vividos com incapacidade (Sebbag et al., 2019). Atualmente, estima-se que a dor ME afete cerca de 47% da população mundial, dos quais cerca de 39-45% necessitam de cuidados de saúde (El-Tallawy et al., 2021; Puntillo et al., 2021). À semelhança do que se verifica noutros países no sul da Europa, em Portugal as condições ME apresentam elevada prevalência (21,2%), maior no sexo feminino e em idades compreendidas entre os 18-69 anos (Abbafati et al., 2020; Branco et al., 2016; March et al., 2014). As principais condições ME autorreportadas pela população Portuguesa são a dor lombar, as doenças periarticulares, a osteoartrose do joelho e a osteoporose (26,4%. 15,8% e 10,2% respetivamente) (Branco et al., 2016). March et al. (2014) observaram que a dor lombar representa a condição com maior impacto, com uma prevalência de 9,4% a nível global e de 15% na Europa, no entanto, e contrariamente ao que se observa nas restantes condições, foi a única região que apresentou maior prevalência no sexo masculino.

Para além da elevada prevalência, a dor ME tem tido um forte impacto na função e participação dos indivíduos e conseqüentemente tem-se assistido a um crescimento gradual da sobrecarga social e económica, refletido pelo aumento dos custos diretos (crescente consumo de recursos de saúde) e indiretos (absentismo laboral por doença e diminuição da produtividade laboral) (Kyu et al., 2018; Safiri et al., 2021; Storheim & Zwart, 2014; Vos et

al., 2020). March et al. (2014) observaram que 5,4 a 12,6% de todos os custos em saúde, a nível mundial, foram atribuídos às condições ME enquanto que na Europa estimaram um custo de cerca de 0,5 a 2% do PIB anual. Esses cuidados de saúde estão, em larga medida, relacionados com o consumo de medicação e custos associados a cirurgias de substituição articular (Hawker, 2017), o que conseqüentemente aumenta também o consumo de cuidados de reabilitação, onde se insere a prestação de cuidados de Fisioterapia (Cieza et al., 2020). Por exemplo, Bevan (2015) observou que um dos principais custos diretos associados a dor lombar está relacionada com o acesso/ gastos em consultas de Fisioterapia. Além disso, a dor ME foi considerada a segunda maior causa de ausência laboral por doença de curto prazo e a principal causa de ausência de doença (WHO, 2009). Os dados indicam que em 2010 cerca de 36,5% dos europeus faltaram ao trabalho por 1 a 15 dias por motivos de saúde, e mais de 7,5% ultrapassaram esse limite. Por outro lado, 39,2% dos trabalhadores admitiram que foram trabalhar, mesmo não se sentindo nas suas totais capacidades – isto reflete um aumento significativo dos custos em 1,5 vezes maior do que por absentismo por doença (Bevan, 2015). Contam ainda os custos intangíveis, nomeadamente a carga psicológica e a redução de qualidade de vida, que embora sejam significativos são difíceis de se quantificar (Bevan, 2015). Em Portugal o cenário não é diferente, sendo a dor ME um dos principais motivos de consumo de recursos de saúde, traduzido pelo aumento do número de hospitalizações e de maior necessidade de suporte domiciliário (Branco et al., 2016; DGS, 2017). Por forma a compreender o impacto deste tipo de condições em Portugal, Branco et al (2016) observaram, através de um estudo epidemiológico de base populacional, que os portugueses com condições ME apresentam maiores índices de incapacidade, maior prevalência de sintomas de ansiedade e menor qualidade de vida.

O impacto da dor ME é usualmente subestimada (por exemplo, devido às baixas taxas de mortalidade associadas) mas as estimativas atuais indicam que irá continuar a aumentar nos países com médios/altos rendimentos, sobretudo devido ao aumento populacional e conseqüente envelhecimento, e ainda por outros fatores que constituem risco para o desenvolvimento de dor ME (relacionados com o sedentarismo e a obesidade) (Blyth et al., 2019). Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas definiu como objetivo até 2030 diminuir a incapacidade global através da melhoria dos cuidados de saúde – estando alinhado com as prioridades nacionais – sendo então prioritário compreender que características apresentam as pessoas com dor ME, de forma a adequar as estratégias utilizadas e apostar

na preparação dos profissionais e serviços de saúde para esta temática (Blyth et al., 2019; Canhão & Cunha Miranda, 2018; DGS, 2017).

Atualmente, várias modalidades de intervenção enquadradas no âmbito de competências da Fisioterapia, tais como a educação, exercício terapêutico e terapia manual são consideradas intervenções de primeira linha para a dor ME (I. Lin et al., 2020). Estas intervenções têm-se mostrado efetivas na redução do impacto gerado pela dor ME, através da diminuição da dor e da incapacidade, contribuindo para restaurar, maximizar e preservar a função e participação social das pessoas com dor ME (Bassett & Jackson, 2020; Downie et al., 2019; Hubbard et al., 2018). O seu acesso como primeira linha de intervenção (antes de recorrer a outros serviços de saúde) tem sido descrito e recomendado por vários autores como efetivo e custo-efetivo, na medida em que consegue evitar opções terapêuticas mais invasivas, caras e com baixo valor em saúde (Lentz et al., 2020). Em Portugal, os cuidados de Fisioterapia estão particularmente concentrados fora do Serviço Nacional de Saúde (Emanuel Vital & Costa, 2017), pelo que se estima que a maioria das pessoas recorrem aos serviços privados de Fisioterapia. Apesar da quase ausência de dados concretos sobre a percentagem de pessoas que recorre a este tipo de serviços, sabe-se que o setor privado tem aumentado em resposta à elevada procura de cuidados, maioritariamente relacionados com a dor ME (E. Vital et al., 2020; Emanuel Vital & Costa, 2017).

Embora exista pouca informação acerca das características das pessoas com dor ME que procuram os cuidados de Fisioterapia e em particular aqueles integrados no contexto privado, vários estudos têm vindo a identificar algumas características que parecem ser transversais e comuns entre eles. George et al. (2011) realizaram um estudo para caracterizar as pessoas com presença de dor ME no contexto de cuidados privados e investigar a prevalência e o impacto de sintomas depressivos nessa mesma população. Observaram que a dor ME apresenta maior prevalência em idades compreendidas entre os 45 e 64 anos, e maior no sexo feminino. A amostra em estudo apresentou predominantemente dor na região lombar, seguida de dor no membro superior, no membro inferior e por último, na cervical. A maior parte das pessoas apresentava dor há mais de 3 meses (dor crónica), seguido de subagudo e por último agudo, sem histórico de cirurgia anterior, para a condição atual, com intensidade de dor média de 5,9 (numa escala de 0-10); moderado estado funcional; e elevada prevalência de sintomas de ansiedade e/ou depressivos. Relativamente à presença de sintomas depressivos, observaram que estes contribuem para a variação da intensidade da

dor e estado funcional, independentemente da região/ local da dor, à exceção da cervical que não demonstrou ser significativo. Um outro estudo, realizado por George & Stryker (2011) encontrou características idênticas das pessoas com dor ME no contexto de cuidados privados, inclusive a intensidade de dor média de 3,8 (numa escala de 0 a 10) e moderado estado funcional (com uma pontuação de 72 em 100). Além disso observaram que elevadas crenças de medo-evitamento é preditor de piores níveis de função e maiores índices de dor.

Com o intuito de se compreender que tipo de população que recorre primariamente aos serviços de saúde, MacKay et al. (2010) realizaram um estudo em Ontario, e observaram que as pessoas que mais recorrem aos serviços primários de saúde por dor e condições do foro ME, apresentavam predominantemente idade acima dos 65 anos, seguido de idades compreendidas entre os 45 e 64 anos. Destacaram ainda a tendência de que as mulheres consomem mais recursos que os homens, e que pessoas com dor ME inespecífica consomem mais recursos nos cuidados primários (por exemplo, vão mais vezes a consultas e têm maiores gastos associados). Na Suécia, Wiitavaara et al. (2017) investigaram a prevalência das pessoas com condições ME que procuram cuidados (como primeira linha de intervenção) e compararam as diferenças entre quem está no meio rural e urbano. Relativamente a quem vive no meio urbano, as pessoas com condições ME apresentaram idades, maioritariamente, entre os 46 e 55 anos, sendo mais comum no sexo feminino. Quanto à localização da dor, é mais comum no membro inferior, seguido do membro superior, sendo idêntico ao observado no meio rural, à exceção da idade, maioritariamente compreendidas entre os 56 e 65 anos. Globalmente, observaram que a prevalência da dor ME (no momento da consulta) foi maior no meio rural do que no meio urbano, no entanto o oposto verificou-se quando avaliada a presença de dor retrospectivamente. A elevada sobrecarga gerada pela dor ME, levou a que vários autores se interessassem em estudar e compreender a progressão dos sintomas e a identificar eventuais padrões (Artus et al., 2017). As condições ME têm sido estudadas de forma isolada, mas há um reconhecimento crescente para as contemplar de forma mais global e em conjunto, independentemente do local ou da suposta origem ME da dor. Os principais argumentos para esta transição, na forma como se analisam as condições de dor ME e os fatores associados, estão relacionados com o conhecimento recente que aponta para que a apresentação clínica, os mecanismos subjacentes e os fatores de prognóstico, sejam comuns entre as diferentes condições de dor ME de origem não específica (Artus et al., 2017; I. Lin et al., 2020). A evidência sugere que as várias condições de dor ME têm fatores de

prognóstico idênticos, nomeadamente aspetos do perfil biopsicossocial e a sua relação com a dor e a incapacidade (Canhão & Cunha Miranda, 2018). A identificação destes fatores é particularmente útil para ajudar os clínicos a focarem-se nos fatores que podem ser modificáveis com a intervenção, e assim escolher as intervenções mais efetivas considerando o perfil de cada utente com dor ME, antecipar a resposta a tratamentos mais específicos e prever as que têm tendência a evoluir para incapacidade a longo prazo, direcionando melhor os recursos, diminuindo assim o impacto causado (Artus et al., 2017; George et al., 2020). Na sequência de múltiplos estudos recentes, sabe-se que quer fatores clínicos, demográficos, socioeconómicos e psicossociais, tais como níveis educacionais mais baixos, menores rendimentos, pobres estratégias de *coping*, ansiedade/depressão, baixa satisfação com o trabalho e *stress* laboral, assim como dor em 2 ou mais locais, estão associados a pior prognóstico (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2020; Cimmino et al., 2011; Evensen et al., 2018; George et al., 2020; Konstantinou et al., 2015; Tosteson et al., 2013).

Em Portugal as várias condições ME são estudadas essencialmente através de estudos epidemiológicos de base populacional ou utilizando bases de dados associadas aos cuidados de saúde públicos ou de associações profissionais do campo médico. No entanto, as relações para e sobre os cuidados de Fisioterapia, em particular dos cuidados prestados em contexto privado, são complexas e em larga medida desconhecidas. Desta forma, existe uma lacuna no conhecimento relativamente às características pessoais, demográficas, sociais ou clínicas das pessoas com dor ME que recorrem aos serviços privados de Fisioterapia em Portugal. Assim, torna-se prioritário conhecer os utentes que recorre a este tipo de serviços, que tudo indica que sejam dominantes em Portugal, por forma a preparar os cuidados de Fisioterapia e os Fisioterapeutas para as necessidades e características atuais destes utentes. Este conhecimento pode ser igualmente relevante para informar, adaptar e preparar as políticas em saúde, as prioridades profissionais, melhorar a qualidade da prestação de cuidados de Fisioterapia, assim como informar o currículo da formação base e desenvolvimento contínuo dos Fisioterapeutas com interesse e prática em condições de dor ME (Bassett & Jackson, 2020). Deste modo, o principal objetivo deste trabalho foi caracterizar as pessoas com dor ME que recorre a tratamentos de Fisioterapia na prática privada. Adicionalmente, o objetivo secundário deste trabalho foi analisar a associação entre a intensidade da dor, saúde músculo-esquelética e qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como as diferentes características individuais e os níveis de intensidade da dor.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em duas fases. A primeira fase integrou a construção de um questionário de caracterização, para a recolha de dados, passando por um processo de validação; E na segunda fase procedeu-se integralmente à condução do estudo. O estudo foi submetido à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde (CEEI-ESS) – Instituto Politécnico de Setúbal, que verificou os aspetos éticos inerentes, aprovando a sua realização (Parecer nº65A/HC/2021 – Anexo I).

2.1 Tipo/ Desenho de Estudo

Foi realizado um estudo do tipo observacional transversal (*cross-sectional*), com recurso a um caderno de instrumentos autorreportados disponibilizado aos participantes. O caderno de instrumentos contempla um questionário de caracterização, que foi desenvolvido e validado previamente à seleção da amostra e recolha de dados.

2.2 Fase 1 – Desenvolvimento e Validação do Questionário de Caracterização

2.2.1 Desenvolvimento do Questionário de Caracterização

Em função dos objetivos do estudo, foi desenvolvido um questionário de caracterização para a recolha de dados de acordo com as etapas sugeridas por vários autores (Meadows, 2003; Song et al., 2015; Yaddanapudi & Yaddanapudi, 2019): 1- pesquisa e desenvolvimento das questões; 2- validação do conteúdo por um conjunto de peritos; 3- estudo piloto com utentes. A seguir estão descritos todos os procedimentos realizados.

Após uma extensa revisão da literatura acerca dos aspetos-chave da avaliação de condições ME, de fatores de prognóstico para os resultados das intervenções em saúde em pessoas com dor ME, de fatores de prognóstico para dor e incapacidade persistente em pessoas com dor ME e considerando a *framework* proposta por George et al (2020), foram identificadas três secções fundamentais para a caracterização da amostra: 1) caracterização demográfica e socioeconómica (que inclui variáveis pessoais, ocupacionais e do estado global de saúde); 2) caracterização clínica; 3) caracterização psicossocial. De realçar que esta primeira fase foi realizada pelos investigadores até se chegar a uma primeira proposta, sendo melhorada nas fases seguintes.

Posteriormente foram selecionadas as variáveis fundamentais e mais relevantes considerando a literatura atual a serem incluídas em forma de questão/ afirmação em cada

uma das secções, verificando-se sempre se a informação correspondia aos objetivos delineados para este estudo e que se tratava de variáveis passíveis de serem avaliadas diretamente a partir dos participantes. Assim, o questionário foi constituído pelas seguintes secções e questões correspondentes:

- 1- Caracterização demográfica e socioeconómica dos participantes, que inclui questões sobre: 1) variáveis pessoais – idade, sexo, peso e altura, habilitações literárias, zona de residência e algumas características relacionadas, estado civil, agregado familiar e suporte familiar; 2) variáveis ocupacionais – situação profissional, tipo de trabalho, grau de satisfação, *stress* laboral, ausência laboral e baixa remunerada; 3) variáveis do estado global de saúde – qualidade de vida relacionada com saúde, sono e nível de atividade física, comorbilidades e hábitos tabágicos e alcoólicos;
- 2- Caracterização clínica dos participantes, nomeadamente a localização da dor, a duração, existência de episódios anteriores de dor, toma de medicação para a dor atual e o mecanismo da dor;
- 3- Caracterização psicossocial dos participantes, incluindo questões relativas à função e participação, cognição e estratégias de *coping* e ainda acerca de sintomas de ansiedade e/ou depressão;

Foi adicionada uma outra secção no questionário, a ser respondido pelo Fisioterapeuta responsável, com questões acerca do seu contexto de prática clínica (clínica ou gabinete privado; unidade móvel; centro de reabilitação) e de outros aspetos clínicos do participante, nomeadamente a origem da dor ME (traumática; pós-cirúrgica; condição específica inflamatória; condição não-específica) e por quem foi referenciado (médico; autorreferenciação; entre outros).

Por fim procedeu-se à escolha do tipo de questões (abertas ou fechadas, dicotómicas ou de escolha múltipla) a ser utilizado, com base na classificação proposta por Ornstein (2014). De realçar que esta primeira fase foi realizada pelos investigadores, tendo sido melhorada ao longo das fases seguintes, nomeadamente através da melhoria da formulação das questões e opções de resposta. A construção detalhada do questionário e o seu suporte científico para cada variável incluída, encontra-se no Apêndice A.

2.2.2 Validade facial e de conteúdo

Após a construção do questionário, este foi sujeito a um processo de validação facial e de conteúdo por um conjunto de peritos na área de condições ME, portugueses, onde avaliaram os aspetos relevantes em cada um dos domínios e a adequação de cada uma das variáveis e respetivas questões/afirmações.

Segundo Tsang et al. (2017) e Jensen (2003), para o processo de validação são necessários 5 a 6 peritos, e o painel deve ser construído por profissionais com experiência e qualificações na área de condições ME, estarem familiarizados com os aspetos da investigação e terem conhecimento sobre a metodologia e estrutura envolvida para a criação dos instrumentos a validar. No presente estudo o processo foi realizado com recurso a 9 peritos, dentro dos quais *experts* clínicos, Fisioterapeutas investigadores e docentes e/ou coordenadores de cursos graduados e pós-graduados em Fisioterapia em condições ME. O painel de peritos foi identificado de acordo com os critérios predefinidos (Figura 1), no qual o processo de identificação foi mediado e facultado pelo Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-esquelética da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

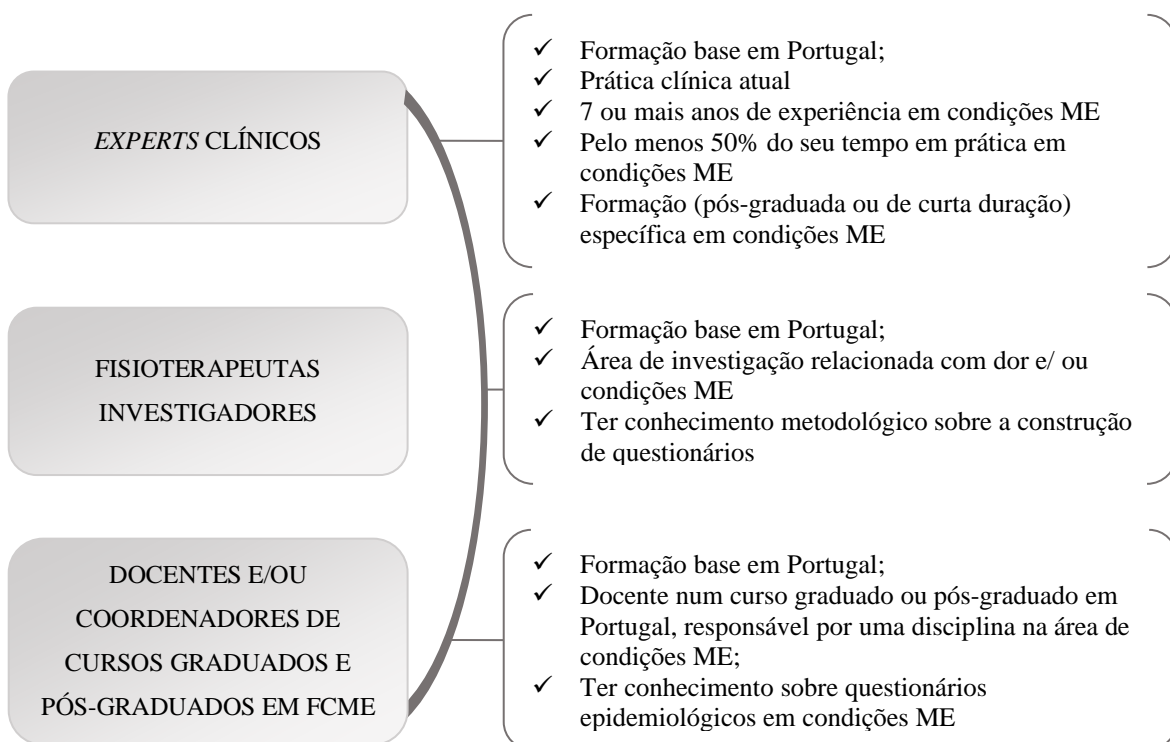


Figura 1: Esquema ilustrativo da identificação do painel de peritos. [Os critérios de identificação dos peritos foram definidos com base na literatura existente e pelos identificados por Gomes, L. & Cruz, E (2018)]

Os peritos foram convidados a participar via *e-mail*, e foram informados acerca dos objetivos do estudo e sobre o que se pretendia com a sua colaboração. O processo de validação decorreu durante um mês, entre o dia 22 de fevereiro e 22 de março de 2021.

Relativamente à validade facial foi pedido para avaliarem a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, nomeadamente a identificarem perguntas problemáticas, determinarem as razões subjacentes e registarem as soluções propostas para melhoria e reformulação das questões. Já a respeito da validade de conteúdo foi pedido que verificassem se os itens do questionário representavam devidamente os conceitos e variáveis de interesse sob investigação. Foram utilizadas questões com respostas dicotómicas “sim/não” (com a respetiva justificação) e ainda uma pergunta de resposta aberta para sugestões e/ou comentários. Foi ainda solicitado que contabilizassem o tempo que demoraram a responder ao questionário.

Após a análise das respostas, foram realizadas alterações e correções consideradas necessárias, com a finalidade de passar à próxima fase, o estudo piloto. Dadas as sugestões dos peritos, foi adicionada uma nova questão, na fase final do questionário (a ser respondido pelo Fisioterapeuta), acerca do tipo de subsistema do participante (SNS; ADSE; SAD; seguro de saúde/trabalho; Sem subsistema). Todos os procedimentos do processo de validação, estão contemplados em apêndice (Apêndice A).

2.2.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com o intuito de avaliar o questionário e averiguar se era compreendido pela população a quem se destinava. Para esse fim foram recrutados 15 utentes, de acordo com os critérios de elegibilidade para este estudo, entre os dias 1 e 15 de abril de 2021. A amostra foi heterogénea quanto às idades, habilitações literárias e local e origem de dor ME. A condução do estudo piloto teve como objetivo avaliar a compreensão do questionário de caracterização, por meio de um inquérito com questões dicotómicas “sim/não” (com a respetiva justificação) e com sugestões de melhorias. Além disso foi solicitado que contabilizassem o tempo de preenchimento do mesmo. No final do estudo piloto procedeu-se às respetivas correções e alterações consideradas necessárias, obtendo-se assim a versão final do questionário de caracterização. Todos os procedimentos realizados encontram-se no Apêndice B, assim como a versão final do questionário (Apêndice C).

2.3 Fase 2 - Condução do estudo observacional transversal

2.3.1 Participantes

Selecionou-se uma amostra não probabilística, por conveniência, de pessoas com condições ME. De acordo com os objetivos deste estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão, descritos na Figura 2.

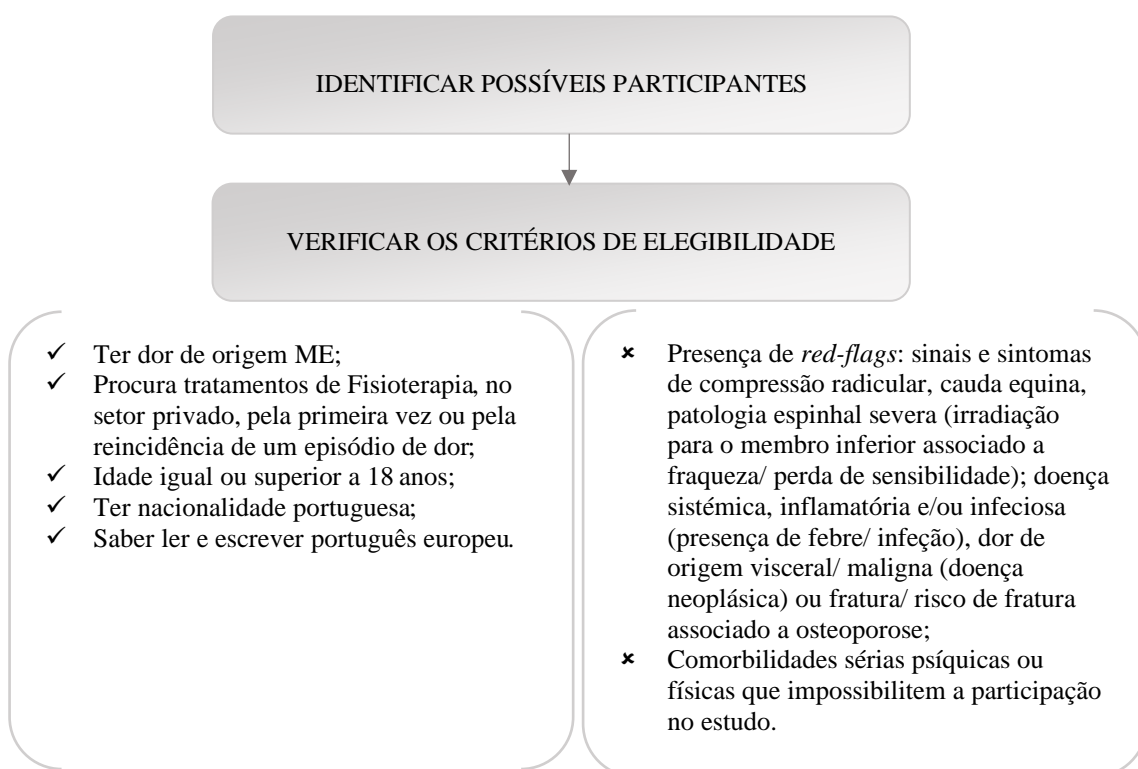


Figura 2: Esquema ilustrativo da identificação dos possíveis participantes do estudo.

No contexto deste estudo definiu-se dor ME como a presença de dor osteomuscular localizada ou generalizada (em mais do que um local) de origem ME e com ausência de *red-flags*, incluindo utentes sujeitos a cirurgia ou trauma recente (E. B. Malmgren-Olsson et al., 2001; March et al., 2014). Além disso, foram consideradas todas as pessoas com dor ME pela primeira vez ou pela reincidência de um episódio de dor, quer tenha ou não frequentado sessões de Fisioterapia anteriormente (no setor público ou privado) e pessoas com nacionalidade portuguesa, que soubessem ler e escrever português europeu, a fim de conseguirem compreender e responder ao caderno de instrumentos.

2.3.2 Tamanho da amostra

O cálculo da amostra foi estimado a partir da prevalência das condições ME em Portugal. Considerando uma prevalência estimada de 21,2% (Branco et al., 2016), ou seja cerca de dois milhões de pessoas, um intervalo de confiança de 95% e margem de erro 0,05, o tamanho da amostra estimado foi de 384 (Dean et al., 2013).

2.3.3 Procedimentos de Recrutamento da Amostra

O recrutamento da amostra foi realizado em diferentes contextos e locais de prática privada de Fisioterapia, nomeadamente gabinetes, clínicas privadas e em contexto de unidade móvel/domiciliar, em diferentes regiões de Portugal (Centro, Alentejo, Área Metropolitana de Lisboa e Região Autónoma dos Açores), que aceitaram previamente colaborar com o presente estudo.

Numa primeira fase foram convidadas várias instituições, cujo trabalho é maioritariamente na área da Fisioterapia ME, e de seguida foram convidados todos os Fisioterapeutas que laboram essencialmente com condições ME. Os Fisioterapeutas que aceitaram colaborar foram informados e esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e receberam o manual de recrutamento da amostra, onde constava toda a informação acerca dos critérios de elegibilidade e dos procedimentos do recrutamento e da recolha de dados. Caso algumas dúvidas sobre o processo de recrutamento e implementação do estudo persistisse, foi disponibilizado apoio à distância via telefone e/ou videochamada. A cada Fisioterapeuta que aceitou participar no estudo, foi solicitado que convidassem todos os utentes com dor de origem ME, que cumprissem os critérios de elegibilidade, a participar no estudo, e que registassem o número de utentes que foram convidados a participar. Esta solicitação (de convidar todos os utentes) foi realizada com o intuito de evitar que os Fisioterapeutas convidassem apenas pessoas mais jovens ou com quem tivessem mais confiança pessoal, por forma a tentar que a amostra fosse o mais representativa possível da realidade, sem vieses inerentes ao convite dos Fisioterapeutas. Em alternativa, e apenas quando os Fisioterapeutas não mostraram disponibilidade para participarem no estudo segundo os procedimentos de recrutamento de forma prolongada, foi então solicitado que convidassem apenas os primeiros 10 a 20 utentes, de forma consecutiva, que cumprissem os critérios de inclusão para participar no estudo. Nestes casos, a participação no estudo por parte dos Fisioterapeutas terminou quando o número de participantes acordado foi atingido.

Após a verificação da elegibilidade dos potenciais participantes e a todos os que cumpriram os critérios, foi-lhes transmitido, verbalmente e por escrito (carta explicativa do estudo), os objetivos e os procedimentos do estudo, a confidencialidade dos dados e a participação voluntária no estudo, no qual foi referido que a participação poderia ser interrompida a qualquer momento, sem que isso gerasse quaisquer desvantagens ou constrangimentos. Foi ainda garantido que a participação não implicaria qualquer mudança na avaliação e no plano de tratamento de Fisioterapia.

2.3.4 Caderno de Instrumentos

O caderno de instrumentos (Apêndice C) foi constituído pelo questionário de caracterização desenvolvido, assim como instrumentos de medida autorreportados, previamente adaptados e validados para a população Portuguesa. Estes instrumentos pretenderam avaliar variáveis específicas, que dada a sua natureza e importância, foi considerado fundamental serem mensuradas através dos instrumentos já existentes e devidamente validados. O tipo de variáveis que se pretendeu avaliar e os respetivos instrumentos em que são avaliadas, estão ainda descritas com detalhe no Apêndice A.

Foram assim escolhidos três instrumentos de medida autorreportados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, o mecanismo de dor dominante e a saúde músculo-esquelética (este último inclui questões específicas para avaliação do sono, do nível de atividade física, da função e participação, e da presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão).

Para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde, foi utilizada a versão portuguesa do Questionário Europeu de Qualidade de Vida (EQ-5D). O EQ-5D é um instrumento de autopreenchimento e constitui um sistema de classificação que descreve e avalia a saúde em cinco domínios: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor e/ou mal-estar e ansiedade e/ou depressão. A cada um dos domínios estão associados três níveis de gravidade, desde o nível 1 ao 3 correspondendo respetivamente a “Sem problemas” (1), “Alguns problemas” (2) e “Problemas extremos” (3) experienciados pelo indivíduo. Estes domínios possuem um sistema classificativo que permite calcular um índice de estado de saúde do indivíduo, com valor entre zero (0) e um (1), em que 1 indica o valor da saúde perfeita e 0 representa o pior estado de saúde/ morte. No final deste sistema classificativo, é ainda pedido ao indivíduo que classifique o seu estado de saúde geral numa escala visual análoga, que vai

do 0 (zero) a 100 (cem), significando 0 o “Pior estado de saúde imaginável” e 100 o “Melhor estado de saúde imaginável”. A versão Portuguesa do EQ-5D demonstrou ter boas propriedades psicométricas, apresentando boa aceitabilidade e validade para a medição do estado de saúde (Ferreira et al., 2013).

Por forma a avaliar a saúde músculo-esquelética em pessoas com condições e dor ME, foi utilizado a versão portuguesa do “*Musculoskeletal Health Questionnaire*” (MSK-HQ). O instrumento é constituído por 15 questões que avaliam a severidade da dor e o seu comportamento, o impacto na função, o nível de atividade física, o sono, a fadiga, a saúde mental, estratégias de *coping* e o impacto global. As respostas às questões vão desde “Nada” até “Muitíssimo” e possuem um sistema classificativo que vão desde zero (0) a quatro (4), no qual “Nada”/“Nunca” corresponde a 4 e “Muitíssimo”/“Completamente” corresponde a 0. À questão 15 não lhe é atribuída nenhuma classificação, sendo apenas importante para quantificar o nível de atividade física (dias/ semana). A pontuação total é a soma das 14 questões, que vai de zero (0) a cinquenta e seis (56) em que a pontuação mais elevada indica melhor estado de saúde ME geral. A versão original do MSK-HQ mostrou propriedades psicométricas adequadas (Hill et al., 2016). Dados preliminares do estudo de adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa, sugerem uma adequada consistência interna (α de *Cronbach* = 0,885), fiabilidade teste-reteste (CCI=0,908) e validade convergente ($r=0,671$) (Ribeiro & Pires, 2022).

Por último, de forma a classificar o tipo de dor (nociceptiva, mista ou neuropática), e ainda para avaliar a intensidade da dor, foi utilizada a versão portuguesa da “Pain Detect Questionnaire” (PDQ). É um instrumento de autopreenchimento, composto por 4 blocos de questões. O primeiro bloco é composto por 3 itens- “intensidade da dor agora”, “intensidade máxima de dor nas últimas 4 semanas”, “intensidade média de dor nas últimas 4 semanas” – avaliada através de uma escada de *likert*, que vai de zero (0) a dez (10), em que 0 significa “Nenhuma dor” e 10 corresponde a “Máxima dor”; o segundo bloco contém apenas uma questão de escolha múltipla, no qual incluem quatro gráficos que representam o padrão da intensidade da dor ao longo do tempo; o terceiro inclui um esquema de representação corporal, onde é pedido ao participante que marque a(s) zona(s) onde tem dor e, se for o caso, desenhar uma seta na direção para onde a dor irradia; e por fim o quarto bloco é constituído por sete itens, também com resposta em formato *likert*, que vai do zero (0) a seis (6) no qual “nenhuma” corresponde a 0, e “muito forte” corresponde ao 6, de acordo com a

percepção de dor atual (referenciada no esquema corporal do terceiro bloco), que analisa a presença de sensações anómalas ou dolorosas. O estudo original da PDQ apresentou propriedades psicométricas adequadas (Freynhagen et al., 2006). No estudo de validação da versão portuguesa do PDQ apenas foi avaliada a consistência interna (α de *Cronbach* de 0,811) e a fiabilidade teste-reteste (ICC=0,97), revelando excelente consistência interna e fiabilidade teste-reteste respetivamente (A. Santos & Cruz, 2017).

2.3.5 Recolha de dados

Após a confirmação dos critérios de elegibilidade e após os potenciais participantes aceitarem participar no estudo, estes assinaram o consentimento informado e os Fisioterapeutas responsáveis facultaram-lhes um envelope com o questionário de caracterização e os respetivos instrumentos de medida, onde também constavam as instruções para o seu correto preenchimento e ordem pela qual deviam seguir. O questionário de caracterização e os respetivos instrumentos tinham como finalidade recolher as características demográficas, socioeconómicas, clínicas e psicossociais dos participantes, e no final continha quatro perguntas, a responder pelo Fisioterapeuta responsável, acerca de variáveis mais específicas do âmbito de trabalho e da situação clínica do utente que não podiam ser reportadas diretamente pelo utente.

O preenchimento do questionário foi realizado de forma autónoma sem a interferência dos Fisioterapeutas responsáveis. Após a recolha de dados dos participantes os Fisioterapeutas responsáveis responderam às questões que lhes diziam respeito, procederam à codificação dos questionários e, no final, selaram os envelopes. Os mesmos foram depois enviados por correio ou entregues presencialmente à investigadora responsável.

2.3.6 Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada através do programa *IBM SPSS Statistics* versão 28.0.0.0 (190). Para o primeiro objetivo do estudo (caracterização da amostra), foi realizada estatística descritiva. No caso das variáveis nominais/categóricas, utilizaram-se as frequências relativas e absolutas e, no caso das variáveis contínuas, recorreu-se a medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvio padrão).

A fim de atingir o segundo objetivo, as associações entre a intensidade da dor, qualidade de vida relacionada com a saúde (índice de qualidade de vida) e saúde músculo-esquelética, foram analisadas através do coeficiente de correlação de *Pearson* (dado a normalidade dos

dados analisada previamente através do teste de *Kolmogorov-Smirnovkol*). Valores de *r* entre 0,00 e 0,25 representam correlações fracas; entre 0,25 e 0,50 correlações moderadas; entre 0,50 e 0,75 correlações fortes; e acima de 0,75 correlações muito fortes (Marôco, 2014).

Por fim, para analisar a associação entre as variáveis de caracterização (variáveis independentes) e a intensidade da dor média e no momento da avaliação (variáveis dependentes) foram utilizados modelos de regressão logística binária (Método: *Enter*). Considerando o número reduzido de participantes, de forma a assegurar o poder estatístico das associações e a precisão dos resultados, as variáveis independentes foram, sempre que necessário, agregadas em variáveis nominais qualitativas com 2 ou 3 classes, à exceção da situação profissional que ficou com 4 variáveis, por impossibilidade de uma agregação lógica. Esta agregação foi realizada em função de estudos anteriores que revelaram associações significativas com resultados de interesse, garantindo igualmente uma agregação conceptualmente aceitável. O processo de agregação das variáveis encontra-se no Apêndice D.

Quanto às variáveis dependentes, os valores de intensidade da dor médios (das últimas 4 semanas) e no momento da avaliação foram agregados em duas classes: 1) dor ligeira representando valores de dor entre 0 e 5; 2) dor moderada ou severa representando valores de 6 a 10 (Boonstra et al., 2014, 2016). Posteriormente, foi realizada a análise univariada com o objetivo de analisar a potencial associação entre cada uma das variáveis independentes e cada uma das duas variáveis dependentes. Estas análises foram sempre ajustadas às variáveis género e idade. A magnitude da relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes foi avaliada através dos valores de *Odds Ratio* (OR) e *R² Nafelkerke* (variância explicada). Em todas as situações a significância estatística foi estabelecida para $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

A recolha de dados ocorreu entre os dias 3 de maio e 20 de dezembro de 2021, e decorreu em diferentes regiões em Portugal (Centro, Área Metropolitana de Lisboa e Alentejo e Região Autónoma dos Açores) e em diversos contextos de prática privada de Fisioterapia. A amostra integrou 156 participantes que aceitaram participar no presente estudo. Devido à não devolução do caderno de instrumentos em tempo útil (n=12) ou ao preenchimento parcial dos mesmos (n=4), foram excluídos 16 participantes, pelo que a amostra final em análise foi de 140 participantes.

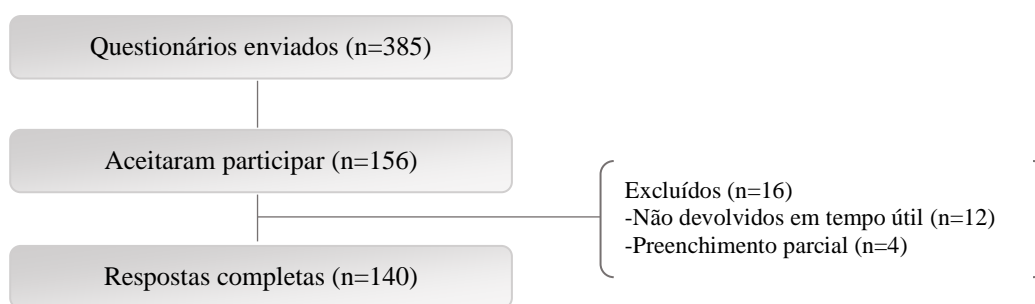


Figura 3: Fluxograma do estudo.

3.1 Caracterização demográfica e socioeconómica dos participantes

Variáveis pessoais

A amostra (n=140) apresentou uma média de idades de 47,09 anos ($\pm 17,63$ anos), com prevalência do sexo feminino (57,1%) e, de acordo com o IMC calculado, a maioria dos participantes apresentam peso acima do normal. No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria dos participantes possui o ensino secundário ou grau académico superior (65,7%). A Tabela 1 apresenta em detalhe os dados pessoais da amostra.

Variável	Categorias da variável	Fr (Fa)
Idade		
Média ± Desvio Padrão	-	47,09 anos (±17,63 anos)
Mínimo / Máximo	-	18 anos / 87 anos
Classes	18-40 anos	39,3% (n=55)
	41-65 anos	42,1% (n=59)
	> 65 anos	18,6% (n=26)
Sexo	Masculino	42,9% (n=60)
	Feminino	57,1% (n=80)
IMC		
Média ± Desvio Padrão	-	25,78 kg/m ² (±4,03 kg/m ²)
Classes	Peso normal (< 25 kg/m ²)	47,9% (n=67)
	Sobrepeso (25-30 kg/m ²)	42,1% (n=59)
	Obesidade (> 30 kg/m ²)	10% (n=14)
Habilitações Literárias	Ensino Primário Incompleto	0,7% (n=1)
	Ensino Primário	10,7% (n=15)
	Antigo Liceu/ Ensino Básico Completo (9º ano de escolaridade)	22,9% (n=32)
	Ensino Secundário	30,7% (n=43)
	Licenciatura	27,9% (n=39)
	Mestrado	7,1% (n=10)

Legenda: Fr = frequência relativa; Fa = frequência absoluta

Tabela 1: Caracterização demográfica e socioeconómica dos participantes.

Verificou-se que 50,7% das pessoas pertencem ao distrito de Castelo Branco (Figura 4), 63,6% vive no meio urbano (Figura 5) e em média demoram 12,24 minutos (±10,99 minutos) a chegar até ao local onde realizam Fisioterapia (Figura 6).

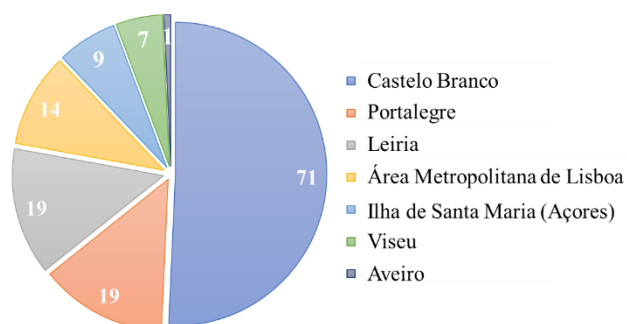


Figura 4: Distrito de residência dos participantes.

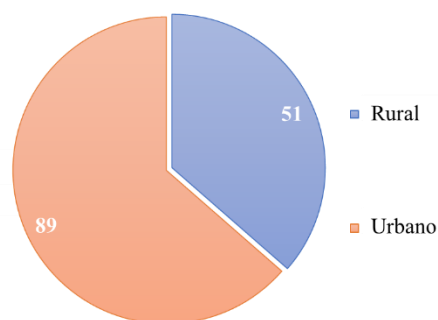


Figura 5: Meio de residência dos participantes.

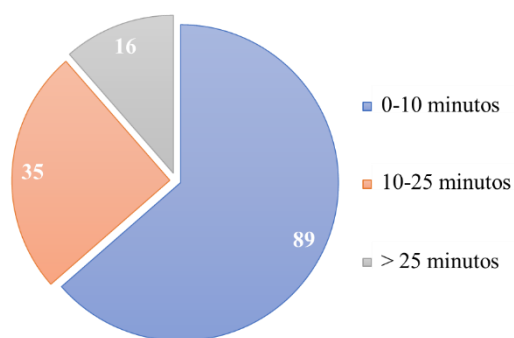


Figura 7: Tempo de deslocação para a Fisioterapia, pelos participantes.

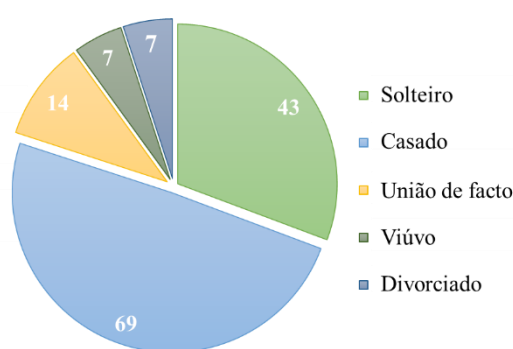


Figura 6: Estado civil dos participantes.

Acerca da situação familiar, quase metade dos participantes são casados (49,3%), vivem com o seu agregado familiar (40,7%) e consideram ter um bom suporte familiar (90%).

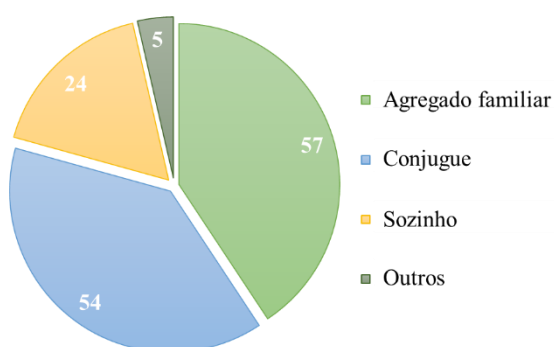


Figura 9: Com quem residem os participantes.

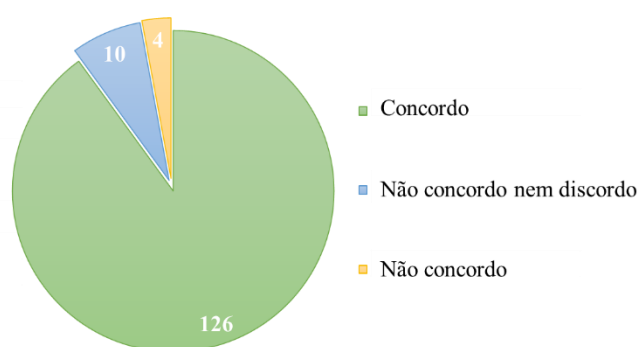


Figura 8: Nível de concordância acerca de bom suporte familiar, pelos participantes.

Variáveis ocupacionais

Relativamente à situação profissional, 55% dos participantes estão atualmente empregados (45,7% a tempo inteiro; 3,6% a tempo parcial; 3,6% em situação trabalhador-estudante; 2,1% como doméstico), 12,1% estão de baixa médica (11,4% devido à condição de dor atual; 0,7% devido a outro problema); 6,4% estão desempregados, 20% são reformados e 6,4% são estudantes. De todos os participantes que estão empregados (n=94) observou-se que o tipo de atividade profissional é maioritariamente em pé (52,7%) e de uso manual com repetição dos mesmos movimentos (40,9%).

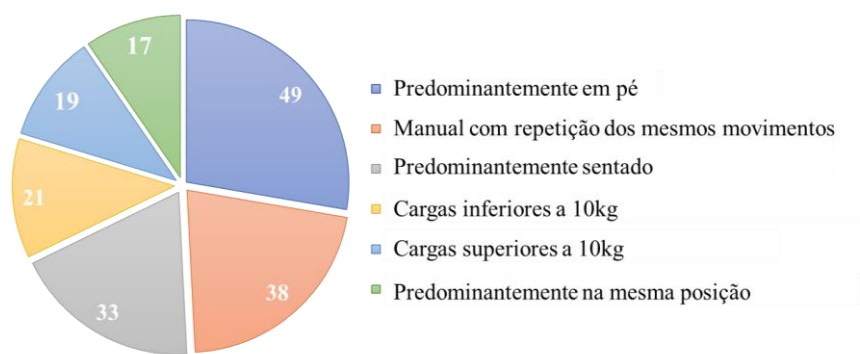
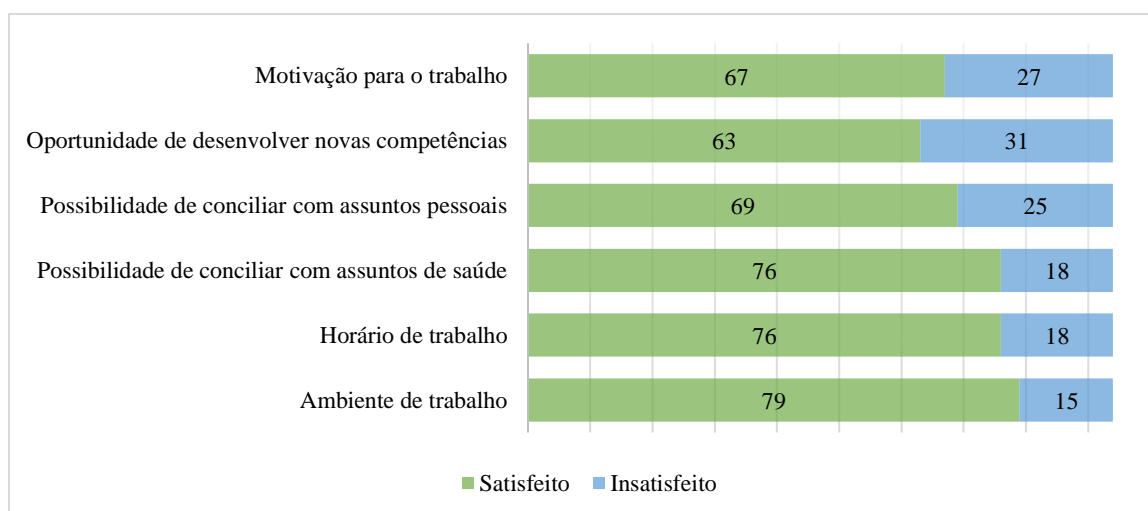


Figura 10: Classificação do tipo de atividade profissional dos participantes.

No que diz respeito ao grau de satisfação laboral, a maioria dos participantes (54,3%) referiu estar satisfeito com 3 ou mais aspetos relacionados com o trabalho (descritos na Figura 11). Onde se evidenciou maior insatisfação, foi relativamente à oportunidade de desenvolver novas competências profissionais.



Nota: Os valores representam a frequência absoluta dos participantes.

Figura 11: Grau de satisfação laboral dos participantes.

Observou-se que 55,3% dos trabalhadores referem ter *stress* baixo a moderado, apresentando valores médios de 3,29 ($\pm 1,28$), numa escala de *likert* de 0 a 5; 30,9% referem ter faltado ao trabalho no último ano devido à presença de dor atual; 27,6% refere ter usufruído de baixa médica remunerada pelo menos uma vez, no último ano. (Tabela 2)

Variável	Categorias da variável	Fr (Fa)
<i>Stress Laboral</i> ¹		
Média ± Desvio Padrão	-	3,29 pontos (±1.28 pontos)
Classes	Baixo-moderado (0-3)	55,3% (n=52)
	Elevado (4-5)	44,7% (n=42)
Falta laboral no último ano devido à dor atual	Sim	30,9% (n=29)
Baixa médica remunerada no último ano	Sim, uma vez	10,6% (n=10)
	Sim, duas ou mais	17% (n=16)
	Não	72% (n=68)

Legenda: Fr = frequência relativa; Fa = frequência absoluta. ¹O valor medido com recurso a uma escala de *likert* de 0 a 5 (0-ausência de stress; 5-stress muito elevado).

Tabela 2: Caracterização do stress e da ausência laboral dos participantes.

Foi ainda questionado a todos os participantes (n=140) qual o nível de satisfação relativo à situação económica, no qual a maioria (73,6%) respondeu que era satisfatória, seguida de insatisfatória (19,3%), e uma minoria respondeu que era muito satisfatória (7,14%).

Estado Global de Saúde

Verificou-se que 17,9% da amostra referiu ter frequentemente/ sempre problemas relacionados com o sono. Globalmente a população é inativa (52,9%), referindo realizar exercício nenhuma vez ou apenas uma vez por semana, sendo que a média é de dois dias/semana. Relativamente à presença de comorbilidades a maioria dos participantes (59,3%) respondeu que apresenta ter pelo menos um outro problema de saúde, dos quais 21,7% refere ter dois ou mais problemas. Dentro dos problemas de saúde, encontram-se a presença de hipertensão arterial (n=25), diabetes (n=11), colesterol (n=16), doença cardíaca (n=4), doença oncológica (n=3), doença respiratória (n=5), obesidade (n=4), outros do foro reumatológico (n=3), outros do foro orgânico (n=8) e ainda outros do foro mental (n=4).

Acerca dos hábitos tabágicos, 70% referem não ser fumador e 54,3% refere ter hábitos alcoólicos ligeiros (consumo de álcool raro/ só em ocasiões especiais). Os dados relativos ao estado de saúde global dos participantes são apresentados na Tabela 3.

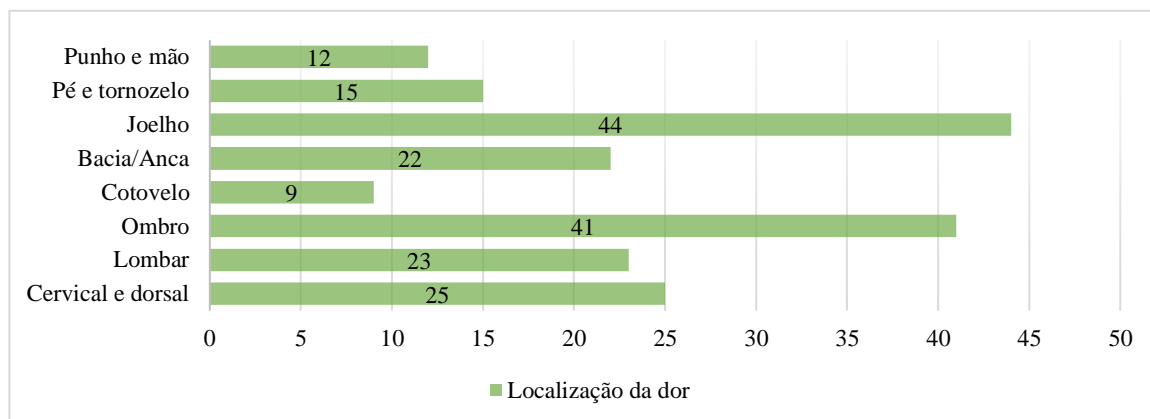
Variável	Categorias da variável	Fr (Fa)
Qualidade de vida relacionada com a saúde (EQ-5D)		
Média ± Desvio Padrão	-	0,679 pontos (± 0,22 pontos)
Mínimo / Máximo		-0,18 pontos / 1,00 pontos
Problemas com o sono	Nunca	32,1% (n=45)
	Rara/ Algumas vezes	50% (n=70)
	Frequentemente/ Sempre	17,9% (n=25)
Número de dias de atividade física		
Média ± Desvio Padrão	-	2 dias (± 2 dias)
Classes (dias/semana)	5-7 dias por semana	12,9% (n=18)
	2-4 dias por semana	34,3% (n=48)
	0-1 dias por semana	52,9% (n=74)
Comorbilidades ¹	1 comorbilidade	27,9% (n=39)
	2 ou mais comorbilidades	12,9% (n=18)
Hábitos tabágicos	Não	70% (n=98)
	Sim	16,4% (n=23)
	Ex-fumador	13,6% (n=19)
Hábitos alcoólicos	Não	30,7% (n=43)
	Sim, raramente	54,3% (n=76)
	Sim, frequentemente/ todos os dias	15% (n=21)

Legenda: Fr = frequência relativa; Fa = frequência absoluta. ¹As percentagens apresentadas são face à população total.

Tabela 3: Caracterização do estado de saúde global dos participantes.

3.2 Caracterização clínica dos participantes

Grande parte da amostra refere ter dor no joelho, seguido do ombro (Figura 12).



Nota: Os valores representam a frequência absoluta dos participantes.

Figura 12: Localização da dor músculo-esquelética dos participantes.

A maior parte dos participantes refere ter dor no joelho (31,4%) ou ombro (29,3%), e 7,1% refere ter dor em três ou mais locais. Relativamente à duração dos sintomas a maioria referiu ter dor há mais do que 3 meses (66,3%).

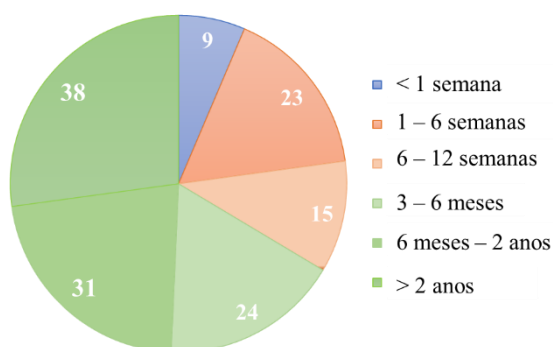


Figura 14: Duração da dor atual dos participantes.

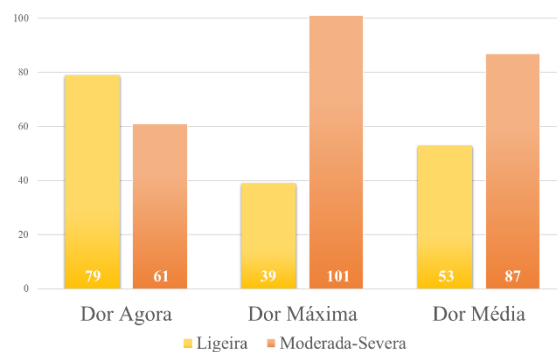


Figura 13: Intensidade da dor dos participantes, em diversos momentos.

Observou-se ainda que 46,4% dos participantes já tinham experienciado a dor atual, anteriormente, e ainda 35% necessita de medicação para a dor atual. A maioria das pessoas apresenta dor de origem não-específica (47,9%), com mecanismo de dor predominante nociceptiva (74,3%) e reportam predominantemente dor ligeira (56,4%) quando recorrem aos serviços de Fisioterapia. Os dados podem ser consultados em detalhe na Tabela 4 e nas figuras 12, 13 e 14.

Variável	Categorias da variável	Fr (Fa)
Localização da dor	1 local	74,3% (n=104)
	2 locais	18,6% (n=26)
	3 ou mais locais	7,1% (n=10)
Episódios anteriores de dor	Sim	46,4% (n=65)
	Não	53,6% (n=75)
Medicação para a dor atual	Sim	35% (n=49)
	Não	65% (n=91)
Origem da dor	Traumática	22,9% (n=32)
	Pós-cirúrgica	22,9% (n=32)
	Condição específica inflamatória	6,4% (n=9)
	Condição não-específica	47,9% (n=67)
Mecanismos de dor dominante	Nociceptiva	74,3% (n=104)
	Mista	15,7% (n=22)
	Neuropática	10% (n=14)
END “Agora”		
Média ± Desvio Padrão	-	3.86 (2.324)
END “Máxima” nas últimas 4 semanas		
Média ± Desvio Padrão	-	6.66 (2.182)
END “Média” nas últimas 4 semanas		
Média ± Desvio Padrão	-	5.06 (2.063)

Legenda: Fr = frequência relativa; Fa = frequência absoluta; END = Escala Numérica da Dor.

Tabela 4: Caracterização clínica dos participantes.

3.3 Caracterização psicossocial dos participantes

De forma global os participantes apresentam alguns indicadores de catastrofização (27,1%), crenças de medo/evitamento (33,6%), crenças negativas acerca da dor e da condição atual (26,4%). Os participantes apresentam ainda comportamento/ estratégias de *coping* moderadas (evitamento do problema 34,3%) e valores mais impactantes ao nível da redução do nível de atividade e da participação (70%). Por outro lado, demonstraram boa autoeficácia (87,1%) e comportamentos ativos (95%). Relativamente à presença de sintomas de

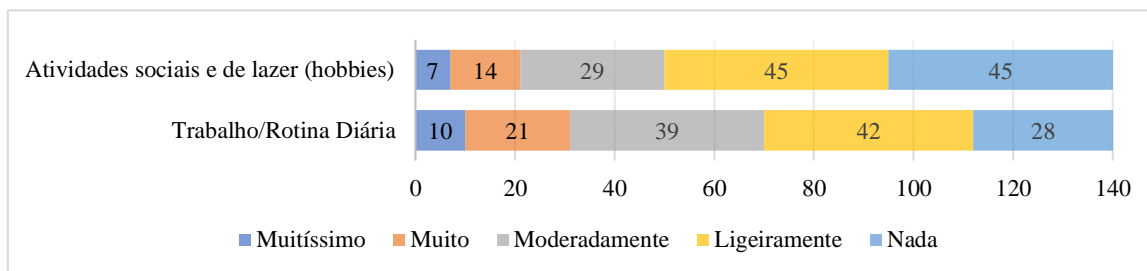
ansiedade e/ou depressivos, a maioria dos participantes referiram sentir “nada ou ligeiramente” (62,1%). Os dados estão apresentados com maior detalhe na Tabela 5.

Variável	Categorias da variável	Fr (Fa)
Catastrofização “Sinto que a minha dor nunca vai melhorar”	Concordo	27,1% (n=38)
	Discordo	72,9% (n=102)
Medo/Evitamento “Sinto que não é seguro para uma pessoa com a minha dor ser fisicamente ativo(a)”	Concordo	33,6% (n=47)
	Discordo	66,4% (n=113)
Crenças negativas “Sinto que nenhum tratamento me vai ajudar a recuperar totalmente”	Concordo	26,4% (n=37)
	Discordo	73,6% (n=103)
Evitamento/Ignorar problema “Não presto atenção à minha dor”	Concordo	34,3% (n=48)
	Discordo	65,7% (n=92)
Redução do nível de atividade/ desinteresse “Deixei de fazer atividades que costumava fazer devido à minha dor”	Concordo	70% (n=98)
	Discordo	30% (n=42)
Autoeficácia “Digo a mim mesmo que não posso atrapalhar as minhas tarefas diárias”	Concordo	87,1% (n=122)
	Discordo	12,9% (n=18)
Comportamento ativo “Mesmo com a minha dor tento manter-me ativo (a) no dia-a-dia”	Concordo	95% (n=133)
	Discordo	5% (n=7)
Estado emocional (MSK-HQ)		
Classes	Nada/Ligeiramente	62,1% (n=87)
	Moderadamente/Muito/Muitíssimo	37,9% (n=53)

Legenda: Fr = frequência relativa; Fa = frequência absoluta.

Tabela 5: Caracterização psicossocial dos participantes.

O impacto da dor na função e na participação nas atividades sociais e de lazer (*hobbies*) é geralmente ligeiro ou inexistente. No entanto, este tende a ser mais evidente quando relacionado com o trabalho e na rotina diária.



Nota: Os valores representam a frequência absoluta dos participantes.

Figura 15: Impacto da dor na função nas atividades da vida diária, e na participação social dos participantes.

3.4 Caracterização de outros aspetos acerca dos participantes e do Fisioterapeuta

Observou-se que a maioria dos participantes foram referenciados para a Fisioterapia por médicos (Fisiatra (32,1%); Ortopedista (20,7%); Neurologista/ Neurocirurgião (0,7%); Médico de clínica geral (7,1%)); seguido da autorreferenciação (27,9%), ou aconselhados por outros [Amigo (2,1%); Familiar (2,1%); Clube desportivo (5%)] e por último por outros(s) Fisioterapeuta(s) (2,1%). Além disso, grande parte dos participantes revela ter participação pelo serviço nacional de saúde (27,1%), seguido do seguro de saúde/trabalho (25,7%) (Figura 16).

Verificou-se ainda que a maioria dos Fisioterapeutas que colaboraram com o estudo, trabalham essencialmente em contexto de “Clínica privada” (65%) (Figura 17).

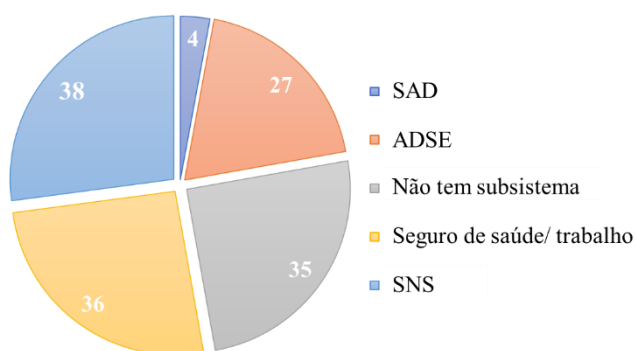


Figura 17: Subsistema de saúde dos participantes.

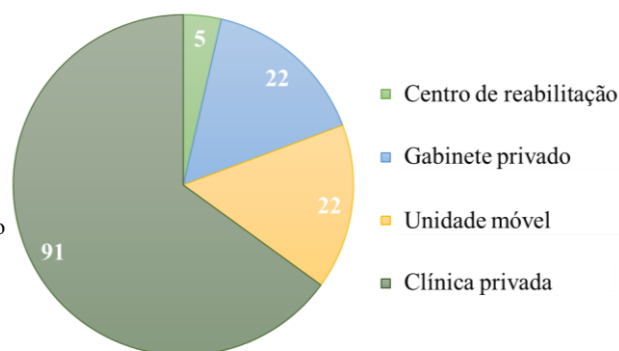


Figura 16: Contexto de trabalho do Fisioterapeuta colaborador.

3.6 Relação entre intensidade da dor, qualidade de vida relacionada com a saúde e saúde músculo-esquelética

Na amostra em análise, parece existir uma correlação forte entre a saúde músculo-esquelética e a qualidade de vida relacionada com a saúde, e com a intensidade de dor máxima (sentida nas últimas 4 semanas). Podemos assim afirmar que se verificou uma associação positiva entre maiores índices de saúde músculo-esquelética e maiores níveis de qualidade de vida, e uma associação negativa com maiores níveis de intensidade dor, sentida nas últimas 4 semanas prévias ao momento de avaliação. Todas as outras correlações, descritas com maior detalhe na Tabela 6, embora que estatisticamente significativas, demonstram ter correlação fraca entre elas.

	Dor (agora)	Dor (máxima)	Dor (média)	MSK-HQ
MSK-HQ	$r = -0,460$ ¹	$r = -0,541$ ¹	$r = -0,481$ ¹	-
EQ-5D	$r = -0,336$ ¹	$r = -0,225$ ¹	$r = -0,237$ ¹	$r = 0,608$ ¹

Legenda: MSK-HQ: Questionário *Musculoskeletal Health Questionnaire*; EQ-5D: Questionário Europeu de Qualidade de Vida Relacionado com a Saúde; r: Coeficiente de correlação de *Pearson*. ¹Relação significativa ($p < 0,05$).

Tabela 6: Relação entre intensidade da dor, qualidade de vida relacionada com a saúde e saúde músculo-esquelética.

3.7 Associação entre as variáveis de caracterização e intensidade da dor (no momento da avaliação)

Das 42 variáveis analisadas, apenas o sexo, as habilitações literárias, o tempo de deslocação até à Fisioterapia, os problemas com o sono, o tipo de dor e o comportamento/ estratégias de *coping*, mostraram uma associação significativa com a presença de dor moderada ou severa. Os dados detalhados para estas variáveis são apresentados na Tabela 7. A análise de todos os dados pode ser consultada no Apêndice E.

Variável independente	R ² Nagelkerke	P value	Adjusted OR (CI 95 %)
Fatores Demográficos e Socioeconômicos			
Variáveis Pessoais			
Sexo	0,125		
Masculino*			1
Feminino		0,007¹	2,849 (1,332-6,092)
Habilitações literárias	0,179		
Lic+Mest+PhD*			1
Secundário		0,070	2,327 (0,934-5,798)
Até ao 9º ano		0,020¹	3,022 (1,186-7,698)
Tempo de deslocação	0,171		
0-10 minutos*			1
10-25 minutos		0,204	1,731 (0,743-4,035)
>25 minutos		0,036¹	3,571 (1,084-11,766)
Variáveis Ocupacionais			
Ausência laboral	0,162		
Não*			1
Sim		0,032¹	2,913 (1,097-7,738)
Variáveis do Estado Global de Saúde			
Problemas com o sono	0,181		
Nunca*			
Rara/ Algumas vezes		0,089	2,115 (0,892-5,012)
Frequentemente/ Sempre		0,013¹	4,337 (1,362-13,813)
Fatores Clínicos			
Variáveis Clínicas			
Tipo de dor	0,185		
Nociceptiva*			1
Mista		0,988	0,992 (0,367-2,681)
Neuropática		0,016¹	5,419 (1,370-21,430)

Legenda: Lic+Mest+PhD: Licenciatura, Mestrado e Doutorado *classe de referência. ¹ Relação significativa ($p < 0,05$).

Tabela 7: Resultados da análise univariada para a dor moderada a severa, no momento da avaliação.

Em conformidade com os valores de associação (*OR*) verificou-se que ser mulher está associado ($p < 0,05$) à presença de dor moderada/ severa ($OR=2,849$). O mesmo se verificou em: pessoas com habilitações literárias até ao 9º ano ($OR=3,022$); pessoas que demoram mais do que 25 minutos a deslocarem-se até ao local onde fazem Fisioterapia ($OR=3,571$); pessoas que no último ano faltaram ao trabalho (ausência laboral) devido à dor atual ($OR=2,913$); quem refere ter “frequentemente/ sempre” problemas com o sono, nas últimas 2 semanas, ($OR=4,337$); pessoas com dor neuropática ($OR=5,419$). Por último, quem não tem estratégias de “autoeficácia” (“Digo a mim mesmo que não posso deixar atividades devido à minha dor”) está associado à presença de dor moderada/ severa ($OR=0,313$).

3.8 Associação entre as variáveis de caracterização e intensidade da dor média

Das 42 variáveis analisadas, apenas o tempo de deslocação até à Fisioterapia, o agregado familiar, o tipo de trabalho, os problemas com o sono, a presença de catastrofização e o comportamento/ estratégias de *coping*, mostraram uma associação estatisticamente significativa com a presença de dor moderada ou severa. Os dados detalhados para estas variáveis são apresentados na Tabela 8.

Variável independente	R ² Nagelkerke	P value	Adjusted OR (CI 95 %)
Fatores Demográficos e Socioeconómicos			
Variáveis Pessoais			
Tempo de deslocação	0,108		
0-10 minutos*			1
10-25 minutos		0,035¹	2,600 (1,070-6,319)
>25 minutos		0,155	2,471 (0,711-8,589)
Agregado familiar	0,090		
Conjuge/ Agregado/ Outros*			1
Sozinho (a)		0,049¹	0,393 (0,155-0,996)
Variáveis Ocupacionais			
Tipo de trabalho			
Predominantemente em pé	0,172		
Não*			1
Sim		0,032¹	2,702 (1,087-6,717)
Cargas > 10kg	0,197		
Não*			1
Sim		0,020¹	5,194 (1,303-20,701)
Movimentos repetidos	0,192		
Não*			1
Sim		0,015¹	3,246 (1,255-9,397)
Variáveis do Estado Global de Saúde			
Problemas com o sono	0,116		
Nunca*			1
Rara/ Algumas vezes		0,287	1,538 (0,697-3,396)
Frequentemente/ Sempre		0,015¹	4,923 (1,367-17,722)
Fatores Clínicos			
Variáveis Psicossociais			
Cognição/ Perceção somática:			
Catastrofização	0,113		
Não*			1
Sim		0,015¹	3,091 (1,242-7,693)
Comportamento/ Estratégias de coping:			
Evitamento	0,092		
Não*			1
Sim		0,043¹	0,464 (0,220-0,977)

Legenda: kg: quilogramas. *classe de referência. ¹ Relação significativa ($p < 0,05$).

Tabela 8: Resultados da análise univariada relativo às variáveis independentes com as variáveis de caracterização da população, para a dor moderada a severa média.

A análise de todos os dados pode ser consultada no Apêndice E.

Em conformidade com os valores de associação (*OR*) verificou-se que demorar entre 10 a 25 minutos está associado ($p < 0,05$) à presença de dor moderada/ severa média (*OR*=2,600). O mesmo se verificou para: pessoas que trabalhem predominantemente em pé (*OR*=2,702); quem trabalha maioritariamente com cargas superiores a 10 quilogramas (*OR*=5,194); pessoas com predominância de movimentos repetidos no trabalho (*OR*=3,246); quem refere ter “frequentemente/ sempre” problemas com o sono, nas últimas 2 semanas (*OR*=4,923); pessoas com presença de indicadores de catastrofização (“Sinto que a minha dor nunca vai melhorar”) (*OR*=3,091).

Por último, verificou-se uma associação ($p < 0,05$) negativa entre a intensidade de dor moderada/ severa média e o facto das pessoas que morarem sozinhas (*OR*=0,393), e apresentarem comportamento/ estratégias de *coping* de evitamento (“Não presto atenção à minha dor”) (*OR*=0,464). Ou seja, estas duas variáveis parecem ser “protetivas” para a presença de dor moderada/ severa.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar as pessoas com dor ME que recorrem aos serviços de Fisioterapia em contexto de prática privada. Posteriormente, como objetivo secundário, pretendeu-se analisar que fatores estão associados a maiores níveis de intensidade de dor. Os resultados do presente estudo demonstraram que a população que recorreu aos serviços privados de Fisioterapia, por dor ME, é predominantemente do sexo feminino, com média de idade de 47,09 anos e vive sobretudo em meio urbano. Tendencialmente, pertencem à classe de trabalhadores empregados, com predominância das mesmas posições e repetição de movimentos e quase metade da amostra reportou níveis elevados de *stress* (44,7%). Caracteriza-se por ser uma população maioritariamente inativa fisicamente (52,9%), referindo sobretudo dor no joelho e ombro (31,4 e 29,3% respetivamente), com duração superior a 3 meses (66,3%). Além disso apresentam alguns indicadores de fatores psicológicos com potencial associação à sua condição de dor (catastrofização, crenças de medo/evitamento, crenças negativas acerca da dor e da condição atual – 27,1%, 33,6% e 26,4% respetivamente).

Os resultados demonstraram ainda que parece existir uma associação entre maiores índices de saúde músculo-esquelética e maiores níveis de qualidade de vida, e entre pior saúde músculo-esquelética e maiores níveis de intensidade de dor. Além disso parece haver uma associação entre maiores níveis de dor, no momento da avaliação, e as variáveis: ser mulher, ter níveis inferiores de escolaridade, estar mais longe do acesso aos cuidados de Fisioterapia, faltar ao trabalho devido à dor atual, ter problemas de sono e ter dor do tipo neuropática. Pessoas que tenham trabalhos com predominância da posição de pé, com movimentos repetitivos e com cargas superiores a 10kg, que tenham problemas de sono e com presença de indicadores de catastrofização, têm maior probabilidade de vir a ter níveis médios de dor mais elevados.

Apesar da amostra deste estudo não ter sido de base populacional e identificada aleatoriamente, epidemiologicamente as características da nossa amostra parecem ser semelhantes às encontradas para a população portuguesa, nomeadamente a maior prevalência de pessoas: do sexo feminino (9,07 homens para 10 mulheres, na população portuguesa *versus* 7,4 homens por cada 10 mulheres, na nossa amostra); com habilitações literárias equivalentes ao secundário (21,3% *versus* 30,7%); com idades superiores a 65 anos

(23,4% *versus* 18,6%); com estado civil solteiro (43,4% *versus* 49,3%) e casado (41,1% *versus* 30,7%); com excesso de peso ou obesidade (53,6% *versus* 52,1%) (INE, 2021).

Atualmente existem poucos estudos sobre a população portuguesa com condições ME, no entanto no estudo conduzido por Branco et al. (2016) a dor ME parece ser mais prevalente em mulheres e em idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, o que é consistente com o que foi observado neste estudo. No entanto, observaram níveis de educação mais baixos para a população portuguesa, o que não foi observado na presente amostra. Sabe-se que a população portuguesa com idade acima dos 65 anos possui menos habilitações literárias, e que populações mais novas tendem a ter níveis superiores (GEPE & INE, 2009), podendo então justificar as diferenças encontradas entre os níveis de literacia da presente amostra e da de Branco et al. (2016).

Em outros estudos similares, como o de George & Stryker (2011) cujo objetivo foi caracterizar pessoas com presença de dor ME no contexto de cuidados privados, observaram que a dor ME apresentava uma maior prevalência em idades compreendidas entre os 45-65 anos e maior no sexo feminino (63,2%). Por outro lado, MacKay et al. (2010) observaram maior prevalência em idades acima dos 65 anos, seguido de idades compreendidas entre os 45 e 65 anos. É unânime em todos eles a maior prevalência nas mulheres. No nosso estudo, verificou-se ainda uma associação significativa entre o sexo feminino e a presença de dor moderada a severa, no momento da avaliação. Esta relação já era esperada uma vez que a literatura tem apontado que as mulheres têm maior probabilidade de apresentar níveis mais elevados de dor ME, comparativamente aos homens (Bartley & Fillingim, 2013).

O IMC médio deste estudo é de 25,78kg/m², e 52,1% da amostra tem excesso de peso ou obesidade, o que é concordante com o perfil da população portuguesa. Segundo os dados mais recentes, mais de metade da população portuguesa tem excesso de peso ou obesidade (67,7%) (Gaio et al., 2018), sendo atualmente considerado como um importante problema de saúde pública em Portugal (Gregório, 2018). Tem-se vindo a demonstrar uma associação entre a presença de dor ME e o excesso de peso ou obesidade (Radojčić et al., 2022; Rosa et al., 2021), o que sugere que os Fisioterapeutas devem desenvolver competências para lidar com esta comorbilidade em pessoas com dor ME, nomeadamente na prevenção, na intervenção e na criação de programas específicos e adaptados para o pós-alta (Dzakpasu et al., 2021).

No nosso estudo verificou-se uma associação positiva entre pessoas com habilitações literárias mais baixas (até ao 9º ano de escolaridade) e maiores níveis de intensidade de dor, no momento da avaliação. Esta associação é concordante com o observado na literatura (Grol-Prokopczyk, 2017; Zajacova et al., 2020). Além da educação ser um fator social que influencia a dor ME, é também um forte determinante na saúde, conferindo maior predisposição para a cronicidade das doenças ME e para a presença de outras condições associadas (Guillemin et al., 2014). A literatura tem ainda demonstrado que pessoas com baixa educação tendem a ser menos recetivos a conselhos sobre exercício (Guillemin et al., 2014), no entanto não se sabe que fatores contribuem para essa baixa receção, ou se estarão os profissionais pouco preparados para comunicar eficazmente com este tipo de pessoas. Ainda assim, é importante destacar a necessidade de dotar os Fisioterapeutas de capacidades comunicativas eficazes, sobretudo para pessoas com baixos níveis educacionais, quer seja no aumento da literacia acerca da sua condição, como na intervenção e adoção de estilos de vida mais saudáveis e para a prática de exercício.

Segundo a literatura seria expectável observar uma maior procura de cuidados de saúde por pessoas com condições ME que habitem no meio rural (Wiitavaara et al., 2017), o que não se verificou neste estudo. Uma possível justificação, é as pessoas que vivem em Portugal e no meio rural tenham mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde, no privado, quer pela distância, acesso aos transportes ou ainda por questões financeiras (Teixeira, 2020). Além disso, uma vez que neste estudo os dados foram recolhidos, tendencialmente, em centros urbanos, poderá também ter influenciado os resultados observados. No entanto, como não foi objetivo deste estudo entender esta dimensão, e uma vez que a amostra não é representativa da população portuguesa, não se poderão retirar ilações robustas. Ainda que neste estudo a amostra resida essencialmente em meio urbano, observou-se que maior tempo de deslocação até aos serviços de Fisioterapia (acima de 10 minutos), está associado à presença de dor moderada/ severa média e no momento da avaliação. Embora não haja literatura que o suporte, esta observação pode ser expectável, uma vez que acesso mais dificultado a cuidados de saúde, neste caso devido à distância ou tipo de transporte utilizado, poderá refletir que as pessoas só efetivem a procura pelos cuidados privados, quando atingem níveis de dor mais elevados. No entanto, é precipitado tirar este tipo de conclusões, e para isso serão necessários estudos que reflitam especificamente sobre essa questão.

Em estudos anteriores a situação familiar (viver sozinho), o estado civil (divorciado/ viúvo) e pobre suporte familiar, demonstraram associação com níveis de dor mais elevados, ou foram identificados como fatores de prognóstico em algumas condições de dor ME (Cimmino et al., 2011; Mallen et al., 2007). Contudo, neste estudo não foi observada qualquer associação positiva. Neste contexto, o único resultado a destacar, foi a observação de uma associação negativa entre a intensidade da dor média e morar sozinho. Este resultado não é consistente com estudos anteriores, o que pode ser justificado por este estudo apresentar uma maior prevalência da população mais nova. A literatura tem apontado que, na população mais velha (acima dos 65 anos), viver sozinho está associado a pior suporte social e tem demonstrado uma forte associação com a presença de dor ME (Nicolson et al., 2021). Dado que neste estudo a amostra é mais nova, o mesmo pode não se verificar. Contudo é complexo retirar ilações sobre este tópico, uma vez que a literatura sobre esta relação é escassa.

Neste estudo não é possível saber a percentagem de pessoas cujas condições ME estão relacionadas com o trabalho, mas segundo os dados mais recentes, estima-se que em 2013, cerca de 52% dos portugueses apresentavam condições ME exclusivamente relacionadas com o trabalho (De Kok et al., 2019). Neste estudo é apenas possível perceber o impacto que as condições de dor ME têm na atividade laboral, não se podendo extrapolar dados acerca da percentagem de pessoas, cuja condição ME foi provocada pela atividade laboral. Não obstante, é possível observar que uma percentagem importante de pessoas indicou faltar ao trabalho, devido à dor atual (30,9%) e 27,6% referiram que tiveram de baixa médica remunerada pelo menos uma vez no último ano. Estes dados são concordantes com o observado por Branco et al., (2016) na população portuguesa com condições ME, o que indica que as condições de dor ME demonstram um impacto significativo na atividade e contexto laboral, quer estejam ou não relacionadas com o trabalho. Além disso, a literatura tem demonstrado o impacto das condições ME não só no absentismo laboral, mas também na perda de produtividade (Isusi, 2020), refletindo-se num impacto económico a valorizar. Do mesmo modo, em Portugal, tem-se vindo a observar um aumento das necessidades de medidas de apoio ao regresso ao trabalho, após longa ausência laboral (De Kok et al., 2019), sugerindo a urgente necessidade de se compreender quais as causas do absentismo laboral, e a presença de possíveis fatores de risco (laborais), que estejam associados.

Neste estudo foi possível observar uma associação significativa entre o tipo de atividade no trabalho, e a presença de dor moderada a severa média, nomeadamente trabalhos que exigem a permanência em pé, o manuseamento de cargas superiores a 10kg e movimentos repetidos, sendo este último o que apresenta maior prevalência na amostra (40,9%). Estes dados vão ao encontro do que a literatura tem vindo a apontar como fatores de risco relevantes para as condições ME (DGS, 2008), e este tipo de associação leva-nos a refletir na necessidade de atuar na diminuição do impacto destes fatores. A Fisioterapia tem um importante impacto na melhoria deste tipo de condições, e um impacto positivo, e pode inclusive contribuir, indiretamente, para a redução de custos e da carga socioeconómica que provoca. Assim torna-se importante dotar os Fisioterapeutas com capacidades de atuar e colmatar este tipo de fatores, e de os capacitar para uma abordagem multidimensional, nomeadamente no retorno ao trabalho (Buck et al., 2009). Sabe-se ainda que o retorno precoce à atividade profissional tem efeitos benéficos na recuperação da dor (Morilla et al., 2014). De salientar que embora estes fatores tenham sido associados a dor ME média, o mesmo não se verificou na intensidade da dor, no momento da avaliação. No entanto, não se podem retirar ilações robustas, sendo necessários estudos futuros para compreender melhor esta dimensão.

Ainda associado ao impacto na atividade profissional, o *stress* no trabalho também representa um importante fator a considerar (De Kok et al., 2019), e embora neste estudo não tenha sido demonstrada qualquer associação significativa com a dor, é claro que tem elevada prevalência, uma vez que foi autorreportado por 44,7% da amostra. Embora ainda não esteja claro se é a dor que contribui para os níveis de *stress* ou vice-versa, parece que pessoas com dor ME são mais suscetíveis a ser menos tolerantes às exigências do trabalho e ao *stress* (Bonzini et al., 2015). Não obstante, a literatura tem sido concordante de que o *stress* constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de dor com índices mais elevados e incapacitante (George et al., 2020). Dado que o *stress* apresenta um elevado impacto económico, e uma vez que está presente nas pessoas que recorrem à Fisioterapia, este deverá ser incluído na avaliação e na intervenção do Fisioterapeuta (Kaur et al., 2017). Além disso, quando se relaciona a satisfação laboral e económica, a literatura demonstra que há uma associação entre a insatisfação laboral e económica e a presença de dor ME (Cimmino et al., 2011; George et al., 2020), no entanto neste estudo essa relação não se verificou.

Segundo o critério estabelecido por Forsbrand et al. (2018), foi observada pobre qualidade de vida média em termos médios (com *score* de $0,679 \pm 0,22$, medido através do EQ-5D). Isto demonstra que a dor ME parece ter um impacto relevante na QVRS, semelhante com o que foi observado por Branco et al. (2016). Embora a nossa amostra seja constituída maioritariamente por pessoas com dor ME crónica (66,3%), não se podem retirar quaisquer ilações acerca de uma possível relação entre pobre QVRS e a cronicidade da dor. No entanto sabe-se que Fisioterapia tem demonstrado efeitos positivos na melhoria da qualidade de vida, em pessoas com dor ME crónica (Cuesta-Vargas et al., 2013; Trulsson Schouenborg et al., 2021), o que aponta para a importância de contemplar este aspeto na intervenção da Fisioterapia.

Acerca da saúde ME (medido através do MSK-HQ) observámos uma relação com a QVRS (mais saúde ME, mais qualidade de vida) e ainda com a intensidade de dor máxima (últimas 4 semanas) (maiores níveis de intensidade de dor máxima, menos saúde ME). Estas relações vão de encontro ao que era esperado segundo a literatura existente (Beaudart et al., 2018; Hoy et al., 2018). Contudo, as relações não foram tão fortes como seria expectável, o que pode significar que a dor não é o indicador ideal para se retirar ilações sobre a qualidade de vida e sobre a saúde músculo-esquelética, havendo outras variáveis importantes a considerar – descritas ao longo da discussão.

Tal como já referido, a amostra é constituída maioritariamente por pessoas com dor ME crónica, o que é concordante com o encontrado na literatura (Denison et al., 2007; George et al., 2011). Azevedo et al. (2012) observaram que 68% das pessoas com dor crónica em Portugal apresenta dor de intensidade moderada a elevada, traduzindo-se num fator com um peso significativo. Os autores sugerem ainda que é necessário apostar na manutenção da dor crónica – à semelhança do descrito anteriormente para o domínio da QVRS. A Fisioterapia tem demonstrado ter um papel importante na gestão deste tipo de condições (Trulsson Schouenborg et al., 2021).

Sobre a qualidade do sono, 67,9% referem ter algum tipo de problema de sono, sendo que 17,9% referem ter de forma frequentemente ou sempre, e demonstrou ter associação com a presença de dor moderada/ severa, no momento da avaliação e média das últimas semanas. Estes dados são concordantes com a literatura existente (Konstantinou et al., 2015). Apesar de não se poder estabelecer uma relação causal entre pobre qualidade de sono e a dor ME,

uma vez que há um conjunto de fatores e variáveis que podem estar a influenciar esta relação (Hawker, 2017), estes dados sugerem que se deve olhar com atenção para a problemática e avaliar detalhadamente como é que o sono poderá estar a influenciar a dor, desenvolvendo estratégias de intervenção adequadas e específicas para distúrbios do sono, como parte importante da gestão da dor em pessoas com dor do foro ME (Chun et al., 2018). De acordo com o estudo de Lavigne et al. (2011) as diferenças existentes entre os distúrbios do sono na dor aguda e na dor crónica suportam ainda mais a prática comum da avaliação deste fator, e ainda sustenta que a Fisioterapia pode ser útil para promover melhorias significativas. Um estudo conduzido em Portugal observou que a maioria dos Fisioterapeutas participantes não avaliam os distúrbios do sono, o que pode ser indicativo da falta de confiança dos Fisioterapeutas, ou falta de preparação para avaliar esses fatores (R. Santos & Pires, 2021). Uma vez que em Portugal o impacto dos distúrbios do sono é elevada (Reis et al., 2018), é essencial apostar na formação e capacitação dos Fisioterapeutas portugueses. É importante ainda salientar que, embora tenha sido demonstrada associação entre as variáveis, poderá haver um fator de confundimento relacionado com a pandemia Covid-19, uma vez que os dados apontam para um aumento significativo dos distúrbios do sono, comparativamente aos dados pré-pandemia (Jahrami et al., 2022; Y. N. Lin et al., 2021), também relacionados com elevados níveis de *stress*, ansiedade e depressão (Meaklim et al., 2021). Os sintomas de ansiedade/ depressão também demonstraram elevada prevalência no presente estudo, concordante com o que foi observado por Branco et al. (2016).

A amostra deste estudo é maioritariamente inativa, concordante com os dados existentes da população portuguesa (DGS, 2020). Entre 2019 e 2021 os níveis de atividade física aumentaram, no entanto continuam abaixo do recomendado pela OMS (WHO, 2020) e verificou-se um aumento de comportamentos sedentários, nomeadamente permanência na posição sentado mais do que 7 horas/dia (DGS, 2021). Da mesma forma que se sabe que o exercício físico é promotor de melhorias no estado de saúde (Shinn et al., 2020) e produz efeitos benéficos na diminuição da dor ME (Rodrigues et al., 2014), a falta da prática regular e a adoção de comportamentos sedentários têm demonstrado um impacto negativo significativo na saúde global e ME (Dzakpasu et al., 2021). Apesar de ser compreensível que as pessoas com dor, nomeadamente aguda, reduzam a atividade física (I. Lin et al., 2020), esta e o exercício físico assumem um papel central na saúde global e na prevenção e

intervenção na dor. Por isso o exercício físico deve orientar as competências dos Fisioterapeutas, principalmente na sua promoção durante e após as intervenções.

Para intervir efetivamente e eficazmente nas condições de dor ME é importante ter uma abordagem biopsicossocial, que aborde patologias secundárias (tais como a obesidade e outras comorbilidades), os fatores cognitivos comportamentais (medo-evitamento e catastrofização) e os sinais e sintomas de ansiedade/depressão (Booth et al., 2017; Smith et al., 2019; Vincent et al., 2013). Na amostra, estes tipos de fatores psicológicos também se encontram presentes e alguns demonstraram associação com a presença de dor moderada/severa no momento da avaliação (autoeficácia) e média (catastrofização e evitamento), concordante com a literatura (Artus et al., 2017; George & Stryker, 2011; Mallen et al., 2007), à exceção da “autoeficácia”. Segundo a literatura, os níveis de autoeficácia na presença de dor lombar, está associada a menores índices de dor aquando no momento da avaliação (Robinson & Dagfinrud, 2017), diferente do observado no presente estudo. Esta diferença sugere que a autoeficácia poderá não ser uma variável de particular importância em todas as condições de dor ME, mas serão necessários mais estudos para se compreender esta dimensão e relações com a dor ME.

Assim, modificar favoravelmente estes fatores cognitivo comportamentais é desejável e pode ser realizado através de intervenções de Fisioterapia, mas tal não é feito de forma generalizada. Simpson et al. (2021) observaram que uma das problemáticas está no tipo de formação dos Fisioterapeutas, que é baseado em palestras e seminários de curta duração, sem supervisão ou feedback, o que faz com que os Fisioterapeutas não implementem as técnicas da intervenção biopsicossocial, corretamente. Ballengee et al., (2020) sugere que esse tipo de treino seja produzido na licenciatura, para que se traduza num aumento da confiança dos Fisioterapeutas no tratamento de situações complexas de dor ME e melhoria dos *skills* comunicativos neste tipo de condições. Em função de estudos anteriores sobre o papel destes fatores na dor ME e dos nossos dados, a formação dos Fisioterapeutas precisa de ter estas abordagens em consideração.

Embora ainda não existam muitos estudos que caracterizem o tipo de dor neuropática na população com dor ME, sabe-se que este tipo de dor está associada a pior prognóstico e com piores *outcomes* (Artus et al., 2017; Verwoerd et al., 2020). Os tipos de estudos mais comuns são os de prevalência na dor lombar com indicação de presença ou não de sintomas

neuropáticos, como é o caso do estudo de Konstantinou et al (2015), que observou que 48,1% das pessoas com dor lombar reportaram dor neuropática. No entanto não dispõem de dados mais específicos relativamente ao tipo de dor mista (nociceptiva com alguns sintomas neuropáticos), não sendo possível retirar outras ilações. Não obstante de no nosso estudo não tenha sido observado uma elevada prevalência de dor neuropática (10%), demonstrou estar significativamente associada à presença de dor moderada/ severa no momento da avaliação, indicando a importância de avaliar este tipo de sintomas e ter uma intervenção orientada para os mesmos. Na nossa amostra a população é maioritariamente constituída por dor crónica, e efetivamente a literatura tem demonstrado relação entre ter dor crónica e ter algum componente neuropático (El-Tallawy et al., 2021), no entanto não se podem retirar ilações robustas, uma vez que não foi objetivo deste estudo avaliar a relação entre o tipo de dor e a sua duração. A intervenção da Fisioterapia neste tipo de condições ainda não é clara, mas sabe-se que quando integrada numa equipa multidisciplinar tem um papel importante na gestão da condição e dos sintomas (Bernetti et al., 2021), cujo foco deve ser o restauro dos níveis funcionais e diminuição da dor (El-Tallawy et al., 2021). Embora se saiba que a avaliação deste tipo de sintomas é importante, Jespersen et al. (2010) observou que existe um subdiagnóstico da dor neuropática comparativamente com aquilo que será expectável existir, e aponta que uma das problemáticas possa estar na falta de avaliação e/ou preparação em avaliar este tipo de sintomas, por parte dos profissionais. Este achado leva-nos a refletir se os Fisioterapeutas portugueses estarão preparados e sensíveis para identificar este tipo de sintomas, e é também importante apostar na capacitação de estratégias para intervir eficazmente.

A literatura tem demonstrado que a dor ME tem um forte impacto na função e na participação social (Safiri et al., 2021; Vos et al., 2020), concordante com o verificado no presente estudo, em que 70% da amostra admitiu reduzir o nível de atividade que anteriormente desenvolvia. Quando questionados especificamente acerca do impacto que a dor tinha na função e participação social, referiram ser menor do que quando relacionado com o trabalho e a rotina diária (32,14%/20,71% e 30%/27,86% ligeiro/moderado respetivamente). Ao longo do que foi anteriormente referido, a Fisioterapia já tem demonstrado ser eficaz e eficiente no restauro da funcionalidade das pessoas com dor ME, quer aguda, quer crónica, salientando o importante papel que tem na intervenção em pessoas com este tipo de condições.

Embora não hajam dados concretos sobre o tipo de subsistemas de saúde por parte das pessoas que recorrem aos tratamentos privados de Fisioterapia, estima-se que cerca de 40% da população portuguesa, recorra ao setor privado por ser beneficiário de um subsistema de saúde (Mateus et al., 2017), o que é concordante com o encontrado no presente estudo. Isto indica que apesar de tudo o acesso à Fisioterapia no setor privado parece estar facilitado devido a dois fatores: cerca de metade das pessoas têm algum tipo de financiamento que ajuda a suportar os custos associados aos tratamentos, e também porque o tempo de deslocação até à Fisioterapia é relativamente curto, o que pode ser um indicador de que o contexto privado de Fisioterapia está a crescer e está próximo da população.

Os resultados apresentados devem ser interpretados com algum cuidado e é necessário considerar algumas limitações. O rácio entre os convites e questionários enviados (n=20 e n=350, respetivamente), e face à amostra estimada (n=348) a participação neste estudo foi bastante baixa (n=140). Denison et al. (2007) observaram que nos cuidados de saúde primários a taxa de resposta a questionários autorreportados foi apenas de 74 a 77%. Tendo em consideração outros estudos semelhantes (Konstantinou et al., 2015; Oliveira et al., 2020), o número de participantes foi consideravelmente baixo. Há que realçar que nesses estudos, em que amostra foi consideravelmente maior, foram incluídas todas as condições ME, sem restringir a amostra a pessoas com presença de dor e que procurasse cuidados de saúde de primeira linha/ no setor privado e/ou cuidados de Fisioterapia. Por outro lado, no estudo conduzido por Kennedy et al., (2018) em que a seleção da amostra foi limitada aos cuidados de saúde primários em Fisioterapia, participaram apenas 100 pessoas. Um outro estudo, realizado por Eva Britt Malmgren-Olsson & Armelius (2003), restringiram a amostra para pessoas com dor ME não-específica, que recorreram aos cuidados primários, obtendo apenas uma amostra de 78 participantes. Além disto, é importante refletir sobre a influência que a pandemia Covid-19 teve no presente estudo, e que poderá ter limitado a amostra, quer tenha sido por menor adesão dos Fisioterapeutas à recolha de dados, quer seja por menor adesão dos utentes elegíveis.

Um outro motivo que poderá ter limitado a amostra, e a sua representatividade foi que no início do estudo foi solicitado a todos os Fisioterapeutas colaboradores convidassem todos os utentes que cumprissem com os critérios de inclusão, e que registassem o número de utentes convidados *versus* os que aceitaram participar no estudo. Este registo tinha como intuito de evitar que os Fisioterapeutas convidassem pessoas mais novas e/ou com quem

tenham mais confiança, no entanto houve pouca adesão dos Fisioterapeutas a esse registo, não se tendo informação real sobre o número de pessoas que foram convidadas, e não foi possível controlar se o critério anteriormente estabelecido foi ou não cumprido. É ainda importante salientar que a amostra é maioritariamente de um só distrito (Castelo Branco) e que isso poderá influenciar os resultados e a sua representatividade da população portuguesa.

Independentemente das limitações do presente estudo, os resultados deste estudo permitem identificar que características estão presentes nas pessoas que recorrem aos tratamentos de Fisioterapia no setor privado, e que características parecem estar associadas a níveis mais elevados de dor. Conhecer as características das pessoas com dor ME que se dirigem a serviços privados de Fisioterapia em Portugal, pode ser importante para adaptar e preparar as políticas em saúde, as prioridades profissionais, fomentar a prestação de cuidados de Fisioterapia mais adaptados às características dos utentes, assim como informar o currículo da formação base e desenvolvimento contínuo dos Fisioterapeutas (Bassett & Jackson, 2020). Além disso, futuramente, este estudo poderá ser útil para melhorar o currículo da formação base e desenvolvimento contínuo do Fisioterapeutas, uma vez que estudos realizados noutros países demonstraram que os recém licenciados que vão para a prática clínica, sobretudo numa linha de abordagem primária, referem insegurança e pouca preparação para o trabalho clínico, sobretudo por não ser claro quais os aspetos mais importantes na avaliação e intervenção terapêutica, especialmente nas condições ME (Atkinson & McElroy, 2016; Peek et al., 2017).

5 CONCLUSÃO

Atualmente existe pouca informação acerca das pessoas com dor ME que recorrem aos serviços de saúde, e não existe ainda informação acerca dos que recorrem especificamente a tratamentos de Fisioterapia no setor privado. Assim, este estudo permitiu clarificar que características estão presentes nas pessoas que recorrem aos tratamentos de Fisioterapia no setor privado, e tentou compreender que fatores estão relacionados com níveis de intensidade de dor mais elevados média e no momento da avaliação.

Em suma, as pessoas que recorrem a este tipo de tratamentos são predominantemente do sexo feminino, com idades maioritariamente compreendidas entre os 18 e os 65 anos e com residência no meio urbano. É uma amostra com predominância de excesso de peso, globalmente inativa e com presença de comorbilidades associada; com bom suporte familiar, satisfeitos com o trabalho e uma importante parte refere já ter faltado ao trabalho devido à dor atual e usufruíram de baixa remunerada; apresentam dor predominantemente no joelho ou ombro e grande parte já tinha experienciado a dor atual, apresentam dor de origem não específica e com tipo de dor predominantemente nociceptivo. Apresentam ainda indicadores psicossociais e comportamentos de redução do nível de atividade e participação, sobretudo relacionados com o trabalho e rotina diária. Verificou-se ainda relação estatisticamente significativa entre o sexo, habilitações literárias, tempo de deslocação à Fisioterapia, problemas com sono, tipo de dor e comportamento/ estratégias de *Coping*, com a presença de dor moderada ou severa no momento da avaliação. Para a dor máxima verificou-se associação com o tempo de deslocação à Fisioterapia, agregado familiar, tipo de trabalho, problemas com o sono, presença de catastrofização e comportamento/ estratégias de *coping*.

Este estudo confere aos serviços de Fisioterapia o conhecimento das características das pessoas com dor ME, independentemente do local de dor, permitindo assim estarem melhor preparados e alocar melhor os recursos disponíveis, de forma a melhorar os cuidados prestados. Além disso confere ainda às escolas de Fisioterapia conhecimento útil para preparar os Fisioterapeutas na formação base, para que se sintam mais preparados a atuar no âmbito privado nas condições de dor ME.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., Adekanmbi, V., Adeoye, A. M., Adetokunboh, O. O., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Artus, M., Campbell, P., Mallen, C. D., Dunn, K. M., & Van Der Windt, D. A. W. (2017). Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: A systematic review. *BMJ Open*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012901>
- Atkinson, R., & McElroy, T. (2016). Preparedness for physiotherapy in private practice: Novices identify key factors in an interpretive description study. *Manual Therapy*, 22, 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.10.016>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *Journal of Pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Ballengee, L. A., Covington, J. K., & George, S. Z. (2020). Introduction of a psychologically informed educational intervention for pre-licensure physical therapists in a classroom setting. *BMC Medical Education*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02272-5>
- Bartley, E. J., & Fillingim, R. B. (2013). Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 52–58. <https://doi.org/10.1093/bja/aet127>
- Bassett, A. M., & Jackson, J. (2020). Challenges and Learning Opportunities of Pre-Registration Physiotherapy Placements in First Contact Settings: The Perspectives of Musculoskeletal First Contact Physiotherapists. *Musculoskeletal Care*, November 2019, 1–10. <https://doi.org/10.1002/msc.1446>
- Beaudart, C., Biver, E., Bruyère, O., Cooper, C., Al-Daghri, N., Reginster, J. Y., & Rizzoli, R. (2018). Quality of life assessment in musculo-skeletal health. *Aging Clinical and*

- Experimental Research*, 30(5), 413–418. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0794-8>
- Benyon, K., Muller, S., Hill, S., & Mallen, C. (2013). Coping strategies as predictors of pain and disability in older people in primary care: A longitudinal study. *BMC Family Practice*, 14, 0–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-67>
- Bernetti, A., Agostini, F., de Sire, A., Mangone, M., Tognolo, L., Di Cesare, A., Ruiu, P., Paolucci, T., Invernizzi, M., & Paoloni, M. (2021). Neuropathic pain and rehabilitation: A systematic review of international guidelines. *Diagnostics*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11010074>
- Bevan, S. (2015). Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 29(3), 356–373. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.08.002>
- Blyth, F. M., Briggs, A. M., Schneider, C. H., Hoy, D. G., & March, L. M. (2019). The global burden of musculoskeletal pain—where to from here? *American Journal of Public Health*, 109(1), 35–40. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304747>
- Bonzini, M., Bertu', L., Veronesi, G., Conti, M., Coggon, D., & Ferrario, M. M. (2015). Is musculoskeletal pain a consequence or a cause of occupational stress? A longitudinal study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(5), 607–612. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0982-1>
- Boonstra, A. M., Schiphorst Preuper, H. R., Balk, G. A., & Stewart, R. E. (2014). Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 155(12), 2545–2550. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.014>
- Boonstra, A. M., Stewart, R. E., Köke, A. J. A., Oosterwijk, R. F. A., Swaan, J. L., Schreurs, K. M. G., & Schiphorst Preuper, H. R. (2016). Cut-Off Points for Mild, Moderate, and Severe Pain on the Numeric Rating Scale for Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Variability and Influence of Sex and Catastrophizing. *Frontiers in Psychology*, 7, 1466. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01466>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., & Canhão, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results

- from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open*, 2(1).
<https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Buck, R., Wynne-Jones, G., Varnava, A., Main, C. J., & Phillips, C. J. (2009). Working with Musculoskeletal Pain. *Reviews in Pain*, 3(1), 6–10.
<https://doi.org/10.1177/204946370900300103>
- Burgess, R., Mansell, G., Bishop, A., Lewis, M., & Hill, J. (2020). Predictors of functional outcome in musculoskeletal healthcare: An umbrella review. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 24(1), 51–70. <https://doi.org/10.1002/ejp.1483>
- Canhão, H., & Cunha Miranda, L. (2018). Rheumatology in Portugal. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 43(3), 170–171.
- Chun, M. Y., Cho, B.-J., Yoo, S. H., Oh, B., Kang, J.-S., & Yeon, C. (2018). Association between sleep duration and musculoskeletal pain. *Medicine*, 97(50), e13656. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000013656>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- Cimmino, M. A., Ferrone, C., & Cutolo, M. (2011). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 25(2), 173–183. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.01.012>
- Cuesta-Vargas, A. I., González-Sánchez, M., & Casuso-Holgado, M. J. (2013). Effect on health-related quality of life of a multimodal physiotherapy program in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-19>
- De Kok, J., Vroonhof, P., Snijders, J., Roullis, G., Clarke, M., Peereboom, K., Dorst, P. van., & Isusi, I. (2019). Work-related musculoskeletal disorders : prevalence, costs and demographics in the EU. In *European Agency for Safety and Health at Work*. <https://doi.org/10.2802/66947>
- Dean, A., Sulliva, K., & Soe, M. (2013). *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*. Atualizado 2013/04/06. www.OpenEpi.com
- Denison, E., Åsenlöf, P., Sandborgh, M., & Lindberg, P. (2007). Musculoskeletal Pain in Primary Health Care: Subgroups Based on Pain Intensity, Disability, Self-Efficacy, and

- Fear-Avoidance Variables. *Journal of Pain*, 8(1), 67–74.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.06.007>
- DGS. (2008). Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção. *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*, 28.
<https://doi.org/274779/08>
- DGS. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. *Direção-Geral Da Saúde*, 26. <https://doi.org/10.1115/1.2829043>
- DGS. (2020). Programa nacional para a promoção da atividade física. In *Dgs*.
<https://www.pnvihsida.dgs.pt/>
- DGS. (2021). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*.
- Downie, F., McRitchie, C., Monteith, W., & Turner, H. (2019). Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions. *British Journal of General Practice*, 69(682), E314–E320. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702245>
- Dzakpasu, F. Q. S., Carver, A., Brakenridge, C. J., Cicuttini, F., Urquhart, D. M., Owen, N., & Dunstan, D. W. (2021). Musculoskeletal pain and sedentary behaviour in occupational and non-occupational settings: a systematic review with meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 1–56.
<https://doi.org/10.1186/s12966-021-01191-y>
- El-Tallawy, S. N., Nalamasu, R., Salem, G. I., LeQuang, J. A. K., Pergolizzi, J. V., & Christo, P. J. (2021). Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain and Therapy*, 10(1), 181–209.
<https://doi.org/10.1007/s40122-021-00235-2>
- Evensen, K. A. I., Robinson, H. S., Meisingset, I., Woodhouse, A., Thielemann, M., Bjorbækmo, W. S., Myhre, G., Hansen, A. E., Vasseljen, O., & Vøllestad, N. K. (2018). Characteristics, course and outcome of patients receiving physiotherapy in primary health care in Norway: design of a longitudinal observational project. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3729-y>
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Medica Portuguesa*, 26(6), 664–675.
- Fonseca, J. E. ., Canhão, H., Reis, P., Jesus, H., Pereira da Silva, J. ., Branco, J., & Viana Queiroz, M. (2007). Protocolo de monitorização clínica da artrite reumatóide (PMAR) - Revisão de dezembro de 2017. *ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA*

- Forsbrand, M. H., Grahn, B., Hill, J. C., Petersson, I. F., Sennehed, C. P., & Stigmar, K. (2018). Can the STarT Back Tool predict health-related quality of life and work ability after an acute/subacute episode with back or neck pain? A psychometric validation study in primary care. *BMJ Open*, 8(12), 17–19. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021748>
- Freyenhagen, R., Baron, R., Gockel, U., & Tölle, T. R. (2006). painDETECT: A new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Current Medical Research and Opinion*, 22(10), 1911–1920. <https://doi.org/10.1185/030079906X132488>
- Gaio, V., Antunes, L., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Kyslaya, I., Rodrigues, A. P., Santos, A., Bøhler, L., Castilho, E., Vargas, P., do Carmo, I., Nunes, B., & Dias, C. M. (2018). Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obesity Research and Clinical Practice*, 12(1), 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.08.002>
- George, S. Z., Coronado, R. A., Beneciuk, J. M., Valencia, C., Werneke, M. W., & Hart, D. L. (2011). Depressive symptoms, anatomical region, and clinical outcomes for patients seeking outpatient physical therapy for musculoskeletal pain. *Physical Therapy*, 91(3), 358–372. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100192>
- George, S. Z., Lentz, T. A., Beneciuk, J. M., Bhavsar, N. A., Mundt, J. M., & Boissoneault, J. (2020). Framework for improving outcome prediction for acute to chronic low back pain transitions. *PAIN Reports*, 5, 1. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000809>
- George, S. Z., & Stryker, S. E. (2011). Fear-avoidance beliefs and clinical outcomes for patients seeking outpatient physical therapy for musculoskeletal pain conditions. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 41(4), 249–259. <https://doi.org/10.2519/jospt.2011.3488>
- GEPE, & INE. (2009). *50 Anos de Estatísticas da Educação: Vol. I*. <http://www.gepe.min-edu.pt/np4/376.html>
- Gomes, L; Cruz, E. (2018). *Prioridades de Investigação em Fisioterapia músculo-esquelética em Portugal utilizando o método modificado de Delphi*.
- Gregório, M. J. (2018). Obesity as a Major Public Health Problem in Portugal: Achievements and Challenges. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(3), 2018–2019.

<https://doi.org/10.1159/000502305>

- Grol-Prokopczyk, H. (2017). Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. *Pain*, *158*(2), 313–322. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000762>
- Guillemin, F., Carruthers, E., & Li, L. C. (2014). Determinants of MSK health and disability - Social determinants of inequities in MSK health. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, *28*(3), 411–433. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.08.001>
- Hawker, G. A. (2017). The assessment of musculoskeletal pain. *Clinical and experimental rheumatology*, *35* Suppl 107(5), 8–12. *Clinical and Experimental Rheumatology*, *35* Suppl 107(5), 8–12.
- Hill, J. C., Kang, S., Benedetto, E., Myers, H., Blackburn, S., Smith, S., Dunn, K. M., Hay, E., Rees, J., Beard, D., Glyn-Jones, S., Barker, K., Ellis, B., Fitzpatrick, R., & Price, A. (2016). Development and initial cohort validation of the Arthritis Research UK Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) for use across musculoskeletal care pathways. *BMJ Open*, *6*(8), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012331>
- Hoy, D. G., Raikoti, T., Smith, E., Tuzakana, A., Gill, T., Matikarai, K., Tako, J., Jorari, A., Blyth, F., Pitaboe, A., Buchbinder, R., Kalauma, I., Brooks, P., Lepers, C., Woolf, A., Briggs, A., & March, L. (2018). Use of the Global Alliance for Musculoskeletal Health survey module for estimating the population prevalence of musculoskeletal pain: Findings from the Solomon Islands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *19*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2198-0>
- Hubbard, M. J., Hildebrand, B. A., Battafarano, M. M., & Battafarano, D. F. (2018). Common Soft Tissue Musculoskeletal Pain Disorders. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, *45*(2), 289–303. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.02.006>
- Id, B. X. W. L., Vecchio, A. Del, & Falla, D. (2018). *The influence of musculoskeletal pain disorders on muscle synergies — A systematic review*. 1–20.
- INE. (2021). Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Provisórios. *INE Censos 2021 - Divulgação Dos Resultados Provisórios*, 1–29. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2
- Isusi, I. (2020). Work-related musculoskeletal disorders – Facts and figures (Synthesis of 10 national reports). In *European Agency for Safety and Health at Work*.

<https://doi.org/10.2802/443890>

- Jahrami, H. A., Alhaj, O. A., Humood, A. M., Alenezi, A. F., Fekih-Romdhane, F., AlRasheed, M. M., Saif, Z. Q., Bragazzi, N. L., Pandi-Perumal, S. R., BaHammam, A. S., & Vitiello, M. V. (2022). Sleep disturbances during the COVID-19 pandemic: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Medicine Reviews*, 62, 101591. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101591>
- Jensen, M. P. (2003). Questionnaire Validation: A Brief Guide for Readers of the Research Literature. *Clinical Journal of Pain*, 19(6), 345–352. <https://doi.org/10.1097/00002508-200311000-00002>
- Jespersen, A., Amris, K., Bliddal, H., Andersen, S., Lavik, B., Janssen, H., & Poulsen, P. B. (2010). Is neuropathic pain underdiagnosed in musculoskeletal pain conditions the Danish PainDETECTive study. *Current Medical Research and Opinion*, 26(8), 2041–2045. <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.502748>
- Kaur, K., Kaur, P., & Kumar, P. (2017). Stress, coping mechanisms and its socio-economic impact on organisations-A review. *Indian Journal of Economics and Development*, 13(2a), 744. <https://doi.org/10.5958/2322-0430.2017.00163.9>
- Kennedy, P. C., Purtill, H., & O’Sullivan, K. (2018). Musculoskeletal pain in Primary Care Physiotherapy: Associations with demographic and general health characteristics. *Musculoskeletal Science and Practice*, 35, 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.03.001>
- Konstantinou, K., Dunn, K. M., Ogollah, R., Vogel, S., & Hay, E. M. (2015). Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: Baseline results from the ATLAS cohort study Epidemiology of musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0787-8>
- Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abil, O. Z., Aboyans, V., Abrham, A. R., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1859–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)

- Laisné, F., Lecomte, C., & Corbière, M. (2012). Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: A systematic review of the literature (corrected and republished). *Disability and Rehabilitation*, 34(22), 1912–1941. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.729362>
- Lavigne, G. J., Nashed, A., Manzini, C., & Carra, M. C. (2011). Does sleep differ among patients with common musculoskeletal pain disorders? *Current Rheumatology Reports*, 13(6), 535–542. <https://doi.org/10.1007/s11926-011-0209-3>
- Lentz, T. A., Goode, A. P., Thigpen, C. A., & George, S. Z. (2020). Value-Based Care for Musculoskeletal Pain: Are Physical Therapists Ready to Deliver? *Physical Therapy*, 100(4), 621–632. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz171>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O’Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79–86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- Lin, Y. N., Liu, Z. R., Li, S. Q., Li, C. X., Zhang, L., Li, N., Sun, X. W., Li, H. P., Zhou, J. P., & Li, Q. Y. (2021). Burden of sleep disturbance during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Nature and Science of Sleep*, 13, 933–966. <https://doi.org/10.2147/NSS.S312037>
- MacKay, C., Canizares, M., Davis, A. M., & Badley, E. M. (2010). Health care utilization for musculoskeletal disorders. *Arthritis Care and Research*, 62(2), 161–169. <https://doi.org/10.1002/acr.20064>
- Mallen, C. D., Peat, G., Thomas, E., Dunn, K. M., & Croft, P. R. (2007a). Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: A systematic review. *BMJ Open*, 7(1), 655–661. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012901>
- Mallen, C. D., Peat, G., Thomas, E., Dunn, K. M., & Croft, P. R. (2007b). Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(541), 655–661.
- Malmgren-Olsson, E. B., Armelius, B. Å., & Armelius, K. (2001). A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: Changes in psychological

- symptoms, pain, and self-image. *Physiotherapy Theory and Practice*, 17(2), 77–95. <https://doi.org/10.1080/095939801750334167>
- Malmgren-Olsson, Eva Britt, & Armelius, B. Å. (2003). Non-specific musculoskeletal disorders in patients in primary care: Subgroups with different outcome patterns. *Physiotherapy Theory and Practice*, 19(3), 161–173. <https://doi.org/10.1080/09593980307960>
- March, L., Smith, E. U. R., Hoy, D. G., Cross, M. J., Sanchez-Riera, L., Blyth, F., Buchbinder, R., Vos, T., & Woolf, A. D. (2014). Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 28(3), 353–366. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.08.002>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 6ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Mateus, A., Ramalho, E., Oliveira, H., Rodrigues, H., & Ferreira, R. (2017). *Setor Privado da Saúde*. 36.
- Meadows, K. A. (2003). So you want to do research? 5: Questionnaire design. *British Journal of Community Nursing*, 8(12), 562–570. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2003.8.12.11854>
- Meaklim, H., Junge, M. F., Varma, P., Finck, W. A., & Jackson, M. L. (2021). Pre-existing and post-pandemic insomnia symptoms are associated with high levels of stress, anxiety, and depression globally during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(10), 2085–2097. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9354>
- Morilla, F., Abasolo, L., Blanco, M., Mendez, I., Jover, J. Á., & Fernández-Gutiérrez, B. (2014). Work disability related to musculoskeletal pain: A system dynamics approach. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 22(1), 51–61. <https://doi.org/10.3109/10582452.2014.883007>
- Nicolson, P. J. A., Williamson, E., Morris, A., Sanchez-Santos, M. T., Bruce, J., Silman, A., & Lamb, S. E. (2021). Musculoskeletal pain and loneliness, social support and social engagement among older adults: Analysis of the Oxford Pain, Activity and Lifestyle cohort. *Musculoskeletal Care*, 19(3), 269–277. <https://doi.org/10.1002/msc.1526>
- Oliveira, I. S., Vanin, A. A., Pena Costa, L. O., Medeiros, F. C., Ananias Oshima, R. K., Inácio, A. A., Matos Da Cunha, T. A., Palomo, A. S., Fukuda, T. Y., De Freitas, D. G., Benvenuto, F., & Menezes Costa, L. D. C. (2020). Profile of Patients with Acute Low

- Back Pain Who Sought Emergency Departments: A Cross-sectional Study. *Spine*, 45(5), E296–E303. <https://doi.org/10.1097/BRS.00000000000003253>
- Ornstein, M. (2014). Designing a Questionnaire. *A Companion to Survey Research*, 1(1), 45–58. <https://doi.org/10.4135/9781473913943.n3>
- Peek, K., Carey, M., Mackenzie, L., & Sanson-Fisher, R. (2017). An observational study of Australian private practice physiotherapy consultations to explore the prescription of self-management strategies. *Musculoskeletal Care*, 15(4), 356–363. <https://doi.org/10.1002/msc.1181>
- Puntillo, F., Giglio, M., Paladini, A., Perchiazzi, G., Viswanath, O., Urits, I., Sabbà, C., Varrassi, G., & Brienza, N. (2021). Pathophysiology of musculoskeletal pain: a narrative review. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.1177/1759720X21995067>
- Radojčić, M. R., Perera, R. S., Chen, L., Spector, T. D., Hart, D. J., Ferreira, M. L., & Arden, N. K. (2022). Specific body mass index trajectories were related to musculoskeletal pain and mortality: 19-year follow-up cohort. *Journal of Clinical Epidemiology*, 141, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.09.020>
- Reis, C., Dias, S., Rodrigues, A. M., Sousa, R. D., Gregório, M. J., Branco, J., Canhão, H., & Paiva, T. (2018). Sleep duration, lifestyles and chronic diseases: A cross-sectional population-based study. *Sleep Science*, 11(4), 217–230. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180036>
- Ribeiro, H., & Pires, D. (2022). *Adaptação cultural , validade e fiabilidade da versão portuguesa do Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ)*.
- Robinson, H. S., & Dagfinrud, H. (2017). Reliability and screening ability of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in physiotherapy practice, a cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 9–15. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1553-x>
- Rodrigues, E., Gomes, A., Tanhoffer, A., & Leite, N. (2014). EFFECTS OF EXERCISE ON PAIN OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS : A SYSTEMATIC REVIEW. *Acta Ortop Bras.*, 22(6), 334–338.
- Rosa, S., Martins, D., Martins, M., Guimarães, B., Cabral, L., & Horta, L. (2021). Body Mass Index and Musculoskeletal Pain: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 13(2), 8–12. <https://doi.org/10.7759/cureus.13400>

- Safiri, S., Kolahi, A. A., Cross, M., Carson-Chahhoud, K., Almasi-Hashiani, A., Kaufman, J., Mansournia, M. A., Sepidarkish, M., Ashrafi-Asgarabad, A., Hoy, D., Collins, G., Woolf, A. D., March, L., & Smith, E. (2021). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders 1990-2017: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Rheumatology (United Kingdom)*, *60*(2), 855–865. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa315>
- Santos, A., & Cruz, E. (2017). *Fiabilidade e Validade de Constructo da Pain DETECT Questionnaire*. 83. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19752/1/Reliability and construct validity of the PainDETECT QUESTIONNAIRE_AndreiaSantos.pdf%0Ahttp://hdl.handle.net/10400.26/19752](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19752/1/Reliability%20and%20construct%20validity%20of%20the%20PainDETECT%20QUESTIONNAIRE_AndreiaSantos.pdf%0Ahttp://hdl.handle.net/10400.26/19752)
- Santos, R., & Pires, D. (2021). *Caracterização da utilização de instrumentos autoreportados na fisioterapia músculo-esquelética em Portugal*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36066>
- Scott, D. I. C., McCray, D. G., Lancaster, P. G., Foster, P. N. E., & Hill, D. J. C. (2020). Validation of the Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) in primary care patients with musculoskeletal pain. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *50*(5), 813–820. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.06.022>
- Sebbag, E., Felten, R., Sagez, F., Sibilia, J., Devilliers, H., & Arnaud, L. (2019). The worldwide burden of musculoskeletal diseases: A systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *78*(6), 844–848. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215142>
- Setia, M. S. (2017). Methodology Series Module 9: Designing Questionnaires and Clinical Record Forms - Part II. *Indian Journal of Dermatology*, *62*(3), 258–261. https://doi.org/10.4103/ijd.IJD_200_17
- Shinn, C., Salgado, R., & Rodrigues, D. (2020). National programme for promotion of physical activity: The situation in Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*, *25*(4), 1339–1348. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.26462019>
- Simpson, P., Holopainen, R., Schütze, R., O’Sullivan, P., Smith, A., Linton, S. J., Nicholas, M., & Kent, P. (2021). Training of Physical Therapists to Deliver Individualized Biopsychosocial Interventions to Treat Musculoskeletal Pain Conditions: A Scoping Review. *Physical Therapy*, *101*(10). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab188>
- Song, Y., Son, Y. J., & Oh, D. (2015). Methodological Issues in Questionnaire Design.

- Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(3), 323–328.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.3.323>
- Storheim, K., & Zwart, J. (2014). *Musculoskeletal disorders and the Global Burden of Disease study*. 73(6). <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2014.16>.
- Teixeira, M. L. F. (2020). *Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde: a associação com a multimorbilidade*.
- Tosteson, T., Sc, D., Turk, D., Ph, D., Korff, M. Von, Sc, D., & Weiner, D. (2013). *Report of the Task Force on Research Standards for Chronic Low-Back Pain - cLBP_RTF_FullReport.pdf*.
http://painconsortium.nih.gov/NIH_Pain_Programs/Task_Force/cLBP_RTF_FullReport.pdf
- Trouvin, A. P., & Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 33(3), 101415. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>
- Trulsson Schouenborg, A., Rivano Fischer, M., Bondesson, E., & Jöud, A. (2021). Physiotherapist-led rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal pain: interventions and promising long-term outcomes. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04780-x>
- Tsang, S., Royse, C. F., & Terkawi, A. S. (2017a). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 11(5), S80–S89. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_203_17
- Tsang, S., Royse, C. F., & Terkawi, A. S. (2017b). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 11(Suppl 1), S80–S89. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_203_17
- Verwoerd, M., Wittink, H., Maissan, F., & Smeets, R. (2020). Consensus of potential modifiable prognostic factors for persistent pain after a first episode of nonspecific idiopathic, non-traumatic neck pain: Results of nominal group and Delphi technique approach. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03682-8>
- Vetter, T. R., & Cubbin, C. (2019). Psychometrics: Trust, but Verify. *Anesthesia and Analgesia*, 128(1), 176–181. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003859>
- Vital, E., Castro, M., Almeida, P., & Cruz, E. (2020). O Perfil de Competências do Fisioterapeuta. *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*, 1–31.

- http://www.apfizio.pt/wp-content/uploads/2020/09/APFisio_Perfil_Compert_Fisio_rev2020.pdf
- Vital, Emanuel, & Costa, G. M. da. (2017). Proposta de Organização dos Serviços de Fisioterapia no Âmbito de Cuidados de Reabilitação no Serviço Nacional de Saúde. *Associação Portuguesa Dos Fisioterapeutas, Maio*, 173. http://www.apfizio.pt/wp-content/uploads/2018/09/APFISIO_Contributo_MFRA_2017_005.pdf
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, A., Adbhollahi, M., &..., & Bhutta, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Walsh, T. P., Arnold, J. B., Evans, A. M., Yaxley, A., Damarell, R. A., & Shanahan, E. M. (2018). The association between body fat and musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2137-0>
- WHO. (2009). The European Health Report. *Health (San Francisco)*.
- WHO. (2020). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário. *World Health Organization*, 24.
- Witavaara, B., Fahlström, M., & Djupsjöbacka, M. (2017). Prevalence, diagnostics and management of musculoskeletal disorders in primary health care in Sweden – an investigation of 2000 randomly selected patient records. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(2), 325–332. <https://doi.org/10.1111/jep.12614>
- Yaddanapudi, S., & Yaddanapudi, L. N. (2019). How to design a questionnaire. *Indian Journal of Anaesthesia*, 63(5), 335–337. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_334_19
- Zajacova, A., Rogers, R. G., Grodsky, E., & Grol-Prokopczyk, H. (2020). The Relationship Between Education and Pain among Adults Aged 30-49 in the United States. *J Pain*, 21(11-12), 1270–1280. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2020.03.005>.The

APÊNDICES

Apêndice A – Dossier do Processo de Validação do Questionário.....	i
Apêndice B – Dossier de Recrutamento e Recolha de Dados do Estudo Piloto.....	ii
Apêndice C – Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra.....	iii
Apêndice D – Agregação das Variáveis.....	iv
Apêndice E – Tabelas de Regressão Logística.....	v

Apêndice A – Dossier do Processo de Validação do Questionário



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
**Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética que
recorrem aos tratamentos de Fisioterapia**
Mota, C., Cruz, E., Pires, D.

DOSSIER

PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

- a) Carta Convite para integrar o Comité de Peritos
- b) Descrição das Variáveis do Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica
- c) Grelha de Avaliação do Questionário



CARTA CONVITE

Caro(a) colega,

O meu nome é Cristiana Gil Mota e sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo Condições Músculo-Esqueléticas lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver um questionário que integra a dissertação final de Mestrado, e que tem como objetivos caracterizar a população portuguesa que recorre aos serviços privados de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética, bem como comparar condições de saúde e fatores associados a maiores níveis de dor e incapacidade, para poder preparar melhor as formações base e contínuas dos fisioterapeutas.

O questionário é constituído por quatro secções – “Dados Sociodemográficos e Económicos”; “Estado Geral de Saúde”; “Dados Clínicos”; “Dados Psicossociais”.

Considerando a sua experiência e *expertise* na área das condições músculo-esqueléticas, venho por este meio solicitar a sua colaboração para a validação facial e de conteúdo do questionário.

A validade de conteúdo é uma avaliação subjetiva realizada por *experts* do tema em estudo e avalia se os itens do questionário representam devidamente os conceitos de interesse sob investigação (Setia, 2017; Vetter & Cubbin, 2019). A validade facial refere-se ao grau em que os itens do questionário aparentam medir aquilo que de facto pretende medir, isto é, se os itens parecem ser relevantes, inequívocos e claros. Esta medida fornece informação de como os potenciais participantes poderão interpretar e responder aos itens (Tsang et al., 2017b; Vetter & Cubbin, 2019).

Assim, solicito que após o preenchimento do questionário responda às questões propostas na grelha de avaliação. Solicito ainda que contabilize o tempo que despendeu com o preenchimento do questionário e o registe no local assinalado.

Caso surja alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me.

Certa de que seu contributo irá ajudar no desenvolvimento deste trabalho, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,
Cristiana Gil Mota



DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

fevereiro de 2021

LISTA DE ABREVIATURAS

Administração Regional de Saúde – ARS

Escala Numérica da Dor - END

Músculo-esquelética – ME

Musculoskeletal Health Questionnaire – MSK-HQ

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

1. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA

O presente questionário foi desenvolvido com base numa extensiva revisão da literatura sobre as recomendações dos aspetos-chave a recolher aquando a avaliação de condições ME, nos cuidados de primeiro contacto.

Foram assim identificadas cinco secções fundamentais para a caracterização da população: variáveis pessoais, ocupacionais e do estado global de saúde, variáveis clínicas e variáveis psicossociais, a preencher pelo participante. Para além disso foi adicionada uma variável de caracterização do tipo de condição, a preencher pelo Fisioterapeuta responsável.

Em seguida foram seleccionados tópicos a questionar em cada uma das secções, sendo sempre verificada se a informação fornecida correspondia aos objetivos delineados para este estudo, e possível adição de questões, por forma a corresponder aos objetivos do estudo e em alinhamento com o conhecimento necessário a adquirir.

Tendo em consideração os objetivos do estudo, os domínios identificados na revisão da literatura e os tópicos a serem questionados, foi criada uma matriz organizadora da informação a obter com o questionário, presentes na Tabela.

Por fim, procedeu-se à escolha do tipo de questões (abertas ou fechadas, dicotómicas ou de escolha múltipla) a ser utilizado, com base na classificação proposta por Ornstein (2014).

A seguir estão descritas as variáveis e as questões propostas, com detalhes de suporte para a implementação.

2. TABELA DAS VARIÁVEIS A INCLUIR NO QUESTIONÁRIO

Variáveis	Opção de resposta
Fatores Demográficos e Socioeconómicos	
Variáveis Pessoais	
Idade	Numérica contínua
Sexo	Categórica nominal (2 opções)
Peso (kg)	Numérica contínua
Altura (cm)	Numérica contínua
Nível Educacional	Categórica ordinal (6 opções)
Zona de Residência	Resposta aberta
Estado Civil	Categórica nominal (5 opções)
Agregado familiar	Escolha múltipla (9 opções)
Suporte familiar	Categórica nominal (3 opções)
Variáveis Ocupacionais	
Situação profissional	Categórica nominal (8 opções)
Tipo de trabalho	Categórica nominal (4 opções)
Grau de satisfação laboral	Categórica ordinal (3 opções)
Stress ocupacional	Numérico discreto (0-5)
Ausência laboral	Categórica nominal (3 opções)
Baixa remunerada	Categórica nominal (3 opções)
Variáveis do Estado Global de Saúde	
Qualidade de vida relacionada com saúde	Questionário Europeu de Qualidade de Vida – versão portuguesa (Apêndice 1)
Sono e nível de atividade física	MSK-HQ – versão portuguesa (Apêndice 2)
Comorbilidades	Categórica ordinal (3 opções)
Hábitos tabágicos	Categórica nominal (3 opções)
Hábitos Alcoólicos	Binária
Se sim, qual a frequência	Categórica ordinal (3 opções)
Fatores Clínicos	
Variáveis Clínicas	
Localização da dor	Categórica nominal (7 opções) + 1 resposta aberta
Duração	Categórica ordinal (6 opções)
Episódios anteriores de dor	Binária
Se não	Binária
Medicação para dor atual	Binária
Mecanismo de dor dominante	Uso do questionário <i>Pain Detect</i> (Apêndice 3)
Fatores Psicossociais	
Variáveis Psicossociais	
Função/ Participação	Questões incluídas no MSK-HQ (Apêndice 3)
Cognição e Estratégias de <i>Coping</i>	Binária
Sintomas de ansiedade/ depressão	Questões incluídas no MSK-HQ (Apêndice 3)
Dados Clínicos – Fisioterapeuta	
Origem da dor músculo-esquelética	Categórica nominal (4 opções)
Referenciação do utente	Categórica nominal (8 opções)
Contexto do trabalho do Fisioterapeuta	Categórica nominal (3 opções)

3. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS E QUESTÕES PROPOSTAS

Fatores Demográficos e Socioeconômicos

Variáveis Pessoais

- **Idade** (numérica contínua) – A literatura suporta a ideia de que a idade é uma variável a ter em consideração na avaliação inicial nos cuidados primários, uma vez que é preditiva de piores outcomes, na melhoria da dor músculo-esquelética, quando em idades mais avançadas ((Artus, Campbell, Mallen, Dunn, & Van Der Windt, 2017; Burgess, Mansell, Bishop, Lewis, & Hill, 2020; Cimmino, Ferrone, & Cutolo, 2011; George et al., 2020; Konstantinou, Dunn, Ogollah, Vogel, & Hay, 2015)). Embora Fonseca et al (2007) tenham sugerido a recolha da data de nascimento na avaliação de monitorização da dor, o mesmo não será realizado para garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes.
- **Sexo** (categórica nominal) – Identificação do sexo aquando o nascimento. Vários autores descrevem que é um importante fator de prognóstico, nomeadamente que o sexo feminino é preditor de piores outcomes na melhoria da dor (Cimmino et al., 2011; George et al., 2020).

Opções de resposta:

- Masculino
- Feminino

- **Peso e altura** (numéricas contínuas) – A recolha desta variável é útil não só para caracterizar a população, mas também permite calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) cujo está identificado como um fator de risco de desenvolver condições do foro ME (Fonseca et al., 2007) e alguns autores identificaram uma associação entre o aumento do IMC e o desenvolvimento de dor local e generalizada, sugerindo que IMC acima do normal aumenta o risco de vir a desenvolver dor de origem ME (Burgess et al., 2020; Walsh et al., 2018). Por outro lado Konstantinou et al. (2015) quando caracterizaram pessoas com dor lombar que recorreram aos serviços de fisioterapia de primeira linha, identificaram que o IMC acima do normal era uma característica presente nessa população.
- **Nível Educacional** (categórica ordinal) – Vários autores apontam para a inclusão desta variável para a caracterização da população (Evensen et al., 2018; George et al., 2020; Konstantinou et al., 2015; Tosteson et al., 2013). Cimmino et al. (2011) e Burgess et al. (2020) consideram que baixos níveis de escolaridade constitui um fator de risco para desenvolver dor ME crónica.

Opções de resposta:

- Ensino Primário Inferior
- Ensino Básico Completo (9º ano de escolaridade)
- Ensino Secundário ou equivalente completo
- Ensino Superior Completo
- Licenciado
- Mestre
- Doutoramento

- **Zona de Residência** (resposta aberta) – Variável de caracterização da população suportada por vários estudos (Evensen et al., 2018; Fonseca et al., 2007; George et al., 2020), incluindo o de Tosteson et al. (2013) no qual é recomendado a pesquisa da região demográfica aquando a caracterização desta população.

- **Estado Civil** (categórica normal) – A recolha desta variável serve essencialmente para caracterizar a população (dados individuais sociais) (George et al., 2020). Não obstante, Cimmino et al. (2011) referiram que a identificação do estado civil, nomeadamente “viúvo(a)”, “separado(a)” ou “divorciado(a)” constitui fator de risco para a cronicidade da dor de origem ME.

Opções de resposta:

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

- **Agregado e Suporte Familiar** (escolha múltipla e categórica nominal respetivamente) – Embora a literatura não se foque no agregado e suporte familiar como um aspeto relevante a ter em consideração na avaliação das condições de dor ME, alguns autores reportam que, embora pouco suportado, o baixo apoio familiar e social podem ser indicadores de pior prognóstico (Cimmino et al., 2011; Mallen et al., 2007b), e devem ser considerados na avaliação nos cuidados primários (George et al., 2020).

Opções de resposta: “Com quem vive atualmente?”

- Sozinho(a)
- Cônjuge
- Companheiro(a)
- Filho(a)
- Irmão(a)
- Neto(a)
- Com outra(s) pessoa(s)

“Sente que a sua família o ouve quando necessita de falar e expressar os seus sentimentos?”

Opções de resposta

- Concordo
- Discordo
- Nem concordo nem discordo

Variáveis Ocupacionais

- **Situação profissional** (categórica nominal) – A literatura suporta a pesquisa da situação profissional (George et al., 2020; Tosteson et al., 2013) e Fonseca et al. (2007) salienta a importância de se avaliar a situação laboral antes do início da dor assim como a situação atual.

Opções de resposta a “Qual a sua situação profissional atual?”

- A trabalhar a tempo inteiro
- A trabalhar a tempo parcial
- Licença médica devido ao seu problema atual
- Licença médica devido a outro motivo, que não o seu problema atual

- Desempregado(a)
- Reformado(a)
- Doméstico(a)
- Estudante

- **Tipo de trabalho** (categórica nominal) – A literatura existente é indicativa de que trabalhos manuais, essencialmente os que exigem que o trabalhador esteja sentado ou em pé (com um número igual ou superior a quatro horas) constituem um fator de risco importante para piores outcomes durante a recuperação (Cimmino et al., 2011; Konstantinou et al., 2015).

“Escolha a opção que melhor identifique o seu tipo de trabalho, na maioria do tempo (superior a 4 horas)”:

- Predominantemente em pé
- Predominantemente sentado
- Trabalho manual com cargas inferiores a 10kg
- Trabalho manual com cargas superiores a 10kg

- **Grau de satisfação laboral** (categórica ordinal) – Um conjunto de experts consideraram que a satisfação laboral é um fator de prognóstico significativo para o desenvolvimento de dor crónica após um primeiro episódio de dor cervical não específica/ não traumática (Verwoerd et al., 2020), o que está alinhado com as considerações de outros autores, que reportaram a importância da avaliação da satisfação laboral noutras condições do foro ME (Cimmino et al., 2011; George et al., 2020).

Tipo de Questões:

- Ambiente de trabalho
- Horário de trabalho
- Possibilidade de conciliar o trabalho com assuntos relacionados com a saúde
- Possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais
- Oportunidade de desenvolver novas competências profissionais

Opções de resposta:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Pouco satisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

- **Stress Ocupacional** (número discreto 0-5) – Vários artigos descrevem a perceção do stress no trabalho como um fator a ter em consideração na avaliação de pessoas com dor ME (George et al., 2020; Konstantinou et al., 2015).

Tipo de Questão: “Como classificaria o grau de stress no seu trabalho?”

0 1 2 3 4 5

- **Ausência laboral e baixa remunerada**

A ausência laboral relacionada com a dor ME, nomeadamente o número de dias está incluída no conjunto de dados mínimo a ser recolhido (Tosteson et al., 2013), sobretudo quando se trata de licença médica remunerada (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2020; George et al., 2020; Konstantinou et al., 2015).

- **Ausência Laboral** (categórica nominal)

“No último ano faltou ao trabalho devido ao seu problema?”

Opções de resposta:

- Sim, uma vez
- Sim, duas vezes ou mais
- Não

- **Baixa remunerada no último ano** (categórica nominal)

“No último ano recebeu ou solicitou benefícios de invalidez ou algum tipo de compensação por estar de baixa laboral, devido ao seu problema?”

Opções de resposta:

- Sim
- Não
- Não se aplica

Variáveis do Estado Global de Saúde

Perceção Global de Saúde – Níveis mais baixos de perceção global de saúde são indicadores de pior prognóstico funcional, transversal a todas as condições de dor ME (Burgess et al., 2020). Outros autores suportam a avaliação da perceção global de saúde e o uso complementar do Questionário Europeu de Qualidade de Vida (George et al., 2020; Konstantinou et al., 2015), que será também utilizada no presente questionário, que também contempla questões acerca do nível de atividade física e da qualidade do sono.

Sono – A qualidade do sono está recomendada para o padrão de pesquisa das condições ME (Tosteson et al., 2013), e parece ter um grande valor preditivo para a cronicidade da dor ME. Acordar muitas vezes durante a noite, sono não reparador e inferior a 6 horas, e dificuldade em adormecer, são sinais indicativos de pobre qualidade de sono e que devem ser consideradas no momento da avaliação de condições ME (Verwoerd et al., 2020). Além disso Konstantinou et al. (2015) verificou que em grande parte das pessoas com dor lombar, que recorrem a tratamentos de primeiro contacto, a disfunção do sono está relacionada com a presença de dor.

Nível de Atividade Física - Sabe-se que a inatividade física e a prática de um estilo de vida não saudável está presente em pessoas com presença de dor ME e está relacionado com piores outcomes funcionais (George et al., 2020; Verwoerd et al., 2020). Cimmino et al. (2011) acrescentam ainda que maior atividade física tem efeitos benéficos na dor, e faz com que a recorrência de dor nesse tipo de pessoas seja menor.

- **Comorbilidades** (categórica ordinal) – A recente literatura considera que a presença de comorbilidades está relacionada com o desenvolvimento de incapacidade, sendo importante considerá-las nos padrões de

pesquisa (Burgess et al., 2020; George et al., 2020; Konstantinou et al., 2015; Laisné et al., 2012; Tosteson et al., 2013)

Tipo de questões: “No último mês sentiu...”

- Dores de estômago?
- Dores nos braços, pernas ou noutras articulações, além da sua dor atual?
- Dores de cabeça?
- Dor difusa ou dor em grande parte do corpo?

Opções de resposta:

- Nunca
- Algumas vezes
- Muitas vezes

- **Hábitos tabágicos e alcoólicos**

Associado a um estilo de vida não saudável incluem-se também os hábitos tabágicos e alcoólicos, que estão presentes em pessoas com dor e condições ME (Artus et al., 2017; Cimmino et al., 2011; Fonseca et al., 2007; George et al., 2020; Konstantinou et al., 2015; Verwoerd et al., 2020).

- **Hábitos tabágicos** (categórica nominal)

Opções de resposta: “É fumador?”

- Sim
- Não
- Ex-fumador

- **Alcoólicos** (binário)

Opções de resposta:

- Sim
 - Se sim, com que frequência? (categórica ordinal)
 - Todos os dias
 - Frequentemente
 - Apenas em ocasiões especiais/ Raramente
- Não

Fatores Clínicos

Variáveis clínicas

- **Localização da dor** (categórica nominal – 6 opções + 1 resposta aberta) – A literatura aponta para uma grande relevância na percepção da localização da dor e se é apenas localizada em 1 local ou generalizada. Sabe-se que a presença de dor ME em 2 ou mais locais é um forte indicativo de piores outcomes no *follow-up* (Artus et al., 2017; Mallen et al., 2007).

Opções de resposta (escolher apenas uma das seguintes opções, de acordo com a que mais identifique a sua dor atual)

- Cervical
- Dorsal
- Lombar
- Ombro
- Membro superior
- Membro inferior
- Dor generalizada
- Outra. Especifique _____

- **Duração da dor** (categórica ordinal) – A duração da presença de dor é indicativa do estado de cronicidade da condição. Sabe-se (com nível de evidência entre moderado a forte) que quanto maior for a duração e persistência da dor ME, independentemente da região em que se localize, está associado a pior prognóstico (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2020; Mallen et al., 2007) e pobres indicadores psicossociais (Laisné et al., 2012). Verwoerd et al. (2020) acrescentam ainda que uma duração de sintomas superior a 3 meses apresenta pior prognóstico que qualquer outra duração inferior.

Opções de resposta:

- Há menos de 1 semana
- Entre 1-6 semanas
- Há menos de 3 meses
- Entre 3-6 meses
- Há mais de 2 anos

- **Episódios anteriores de dor** (binária) → A literatura tem apontado que a recorrência de dor ME no mesmo local ou noutra desde que do foro ME, indica pior prognóstico do que quando é o primeiro episódio de dor (Artus et al., 2017; Konstantinou et al., 2015; Verwoerd et al., 2020).
- **Utilização de medicação para a dor atual** (binária) – Alguns estudos recomendam a recolha deste tipo de informação, sobretudo nos cuidados de primeiro contacto (George et al., 2020; Mallen et al., 2007), no entanto Artus et al. (2017) referem que o uso de medicação para a dor e a sua associação com piores resultados ainda não é clara, não constituindo um fator preditivo preponderante para a dor ME. Não obstante, um grupo de investigadores chegou ao consenso que o uso de medicação, como um dos dados mínimos a recolher, é efetivamente importante, embora não seja o fator com maior valor preditivo.

A literatura recomenda ainda a avaliação prioritária de outras características, nomeadamente a intensidade da dor e a presença de dor irradiada, como fatores preditivos genéricos das condições ME indicando que maiores níveis de intensidade de dor e/ou presença de dor irradiada, estão relacionados com pior estado funcional (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2020; Konstantinou et al., 2015; Mallen et al., 2007; Verwoerd et al., 2020). No entanto, essas questões já estão contempladas no instrumento de medida “*Pain Detect*”, que será integrado no presente questionário.

Variáveis Psicossociais

Dados psicossociais

Função/ Participação – É recomendado por Tosteson et al. (2013) e George et al. (2020) a pesquisa da função física e da participação em pessoas com dor ME. A elevada incapacidade funcional tem forte valor preditivo para várias condições ME incluindo a dor generalizada (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2020; Verwoerd et al., 2020). A escala *Musculoskeletal Health Questionnaire* (MSK-HQ) inclui questões que avaliam o impacto na função e na atividade devido à dor ME (Scott et al., 2020), que será incluída no final deste questionário.

- **Cognição** (Escolha múltipla) - A elevada percepção somática tem sido referenciada como um aspeto comum e presente em várias condições ME e deverá ser considerada na abordagem inicial nos cuidados primários (Artus et al., 2017; Laisné et al., 2012; Mallen et al., 2007). Além disso aspetos como a catastrofização da dor, o medo-evitamento, a baixa crença na recuperação e crenças relacionadas com o tratamento estão relacionadas com piores outcomes e devem ser igualmente considerados (George et al., 2020; Tosteson et al., 2013; Verwoerd et al., 2020).

Questões:

- “Sinto que a minha dor articular e/ou muscular nunca vai melhorar” (catastrofização e baixa crença na recuperação)
- “Sinto que não é seguro para uma pessoa com a minha condição ser ativo” (medo-evitamento)
- “Sinto que nenhum tratamento me vai ajudar a recuperar totalmente” (crenças com o tratamento)

- **Comportamento/ Estratégias de coping** (binária) – A evidência tem suportado a ideia de que as estratégias de coping, utilizadas pelas pessoas com dor ME, apresentam importante valor de prognóstico (Burgess et al., 2020; George et al., 2020). Sabe-se que o uso de estratégias passivas (tais como a evitamento e a redução do nível de atividade) contribuem para piores outcomes nas suas condições (Artus et al., 2017; Mallen et al., 2007; Verwoerd et al., 2020). Por outro lado estratégias ativas e de auto-eficácia da dor são benéficos e têm um valor preditivo positivo para a dor e condições ME (Konstantinou et al., 2015)

Questões: (Benyon et al., 2013)

- “Não presto atenção à minha dor” (evitamento)
- “Deixei de fazer atividades que costumava fazer devido à minha dor” (redução do nível de atividade/desinteresse)
- “Digo a mim mesmo que não posso deixar a dor atrapalhar as minhas tarefas diárias” (auto-eficácia)
- “Mesmo com a minha condição tento manter-me ativo no dia-a-dia” (comportamento ativo)

- **Sintomas de ansiedade e/ou depressão** (categórica ordinal) – A literatura, com nível de evidência moderado, recomenda a avaliação de sintomas de ansiedade e/ou depressão em pessoas com dor ME, inclusive nos cuidados primários de primeiro contacto (Artus et al., 2017; Konstantinou et al., 2015; Mallen et al., 2007). O questionário MSK-HQ inclui questões que avaliam estes parâmetros.

Dados Clínicos – Fisioterapeuta

- **Origem da dor músculo-esquelética** (categórica nominal)

Opções de resposta:

- Traumática
- Pós-cirúrgica
- Condição específica inflamatória (reumatológica)
- Não-específica

- **Referenciação do utente para a Fisioterapia** (categórica nominal)

Opções de resposta:

- Fisiatra
- Ortopedista
- Neurologias/ Neurocirurgião
- Médico Clínica Geral
- Reumatologista
- Autorreferenciação
- Fisioterapeuta
- Outra situação

- **Contexto de trabalho do Fisioterapeuta** (categórica nominal)

Opções de resposta:

- Clínica privada
- Gabinete privado
- Unidade móvel

APÊNDICES

1. QUESTIONÁRIO EUROPEU DE QUALIDADE DE VIDA – VERSÃO PORTUGUESA



Questionário Europeu de Qualidade de Vida

Assinale com uma cruz (assim) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar..... ₁
Tenho alguns problemas em andar ₂
Tenho de estar na cama ₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais..... ₁
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me..... ₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► Atividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais..... ₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais..... ₃

► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar..... ₁
Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► Ansiedade / Depressão

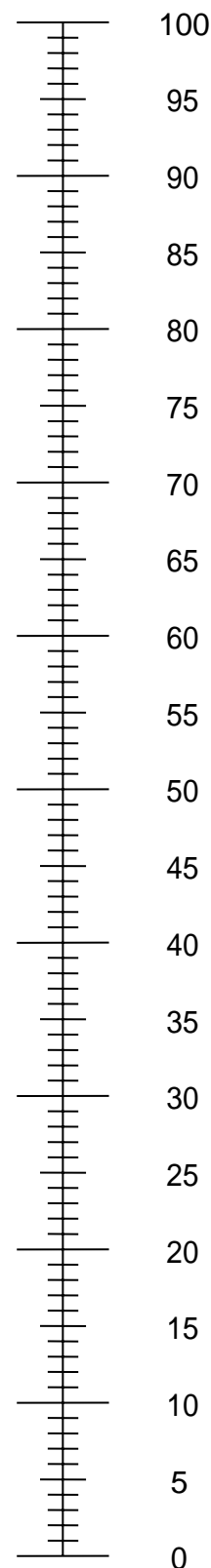
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a..... ₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

2. MUSCULOSKELETAL HEALTH QUESTIONNAIRE – VERSÃO ORIGINAL

MUSCULOSKELETAL HEALTH QUESTIONNAIRE (MSK-HQ)

VERSÃO EM PORTUGUÊS EUROPEU

Este questionário é sobre os seus sintomas tais como desconforto, dor e/ou rigidez nas suas **articulações, costas, pescoço, ossos e músculos**. Por favor, concentre-se no(s) problema(s) de saúde que o/a levou/ levaram a procurar tratamento neste serviço.

Para cada questão, **assinale (✓) a opção correspondente à afirmação que melhor o/a descreve nas últimas 2 semanas**

1. Dor/rigidez durante o dia Nas últimas 2 semanas, no geral, quão intensas foram as suas dores e/ou rigidez articular ou muscular ao longo do dia?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>
2. Dor/rigidez durante a noite Nas últimas 2 semanas, no geral, quão intensas foram as suas dores e/ou rigidez articular ou muscular durante a noite?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>
3. Andar Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas interferiram na sua capacidade de andar?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Incapaz de andar <input type="checkbox"/>
4. Lavar/Vestir Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas interferiram na sua capacidade de se lavar ou vestir?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a <input type="checkbox"/>
5. Níveis de atividade física Nas últimas 2 semanas, quão difícil tem sido fazer atividade física no nível que deseja (p. ex., caminhar ou correr) devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Incapaz de fazer atividade física <input type="checkbox"/>
6. Trabalho/rotina diária Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas articulares ou musculares interferiram no seu trabalho ou na sua rotina diária (incluindo tarefas e trabalhos domésticos)?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>
7. Atividades sociais e de lazer (hobbies) Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas articulares ou musculares interferiram nas suas atividades sociais e de lazer?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>

Por favor vire a página e continue

8. Necessidade de ajuda Nas últimas 2 semanas, com que frequência precisou de ajuda de outras pessoas (incluindo família, amigos ou cuidadores) devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>		
9. Sono Nas últimas 2 semanas, com que frequência teve problemas em adormecer ou manter-se a dormir devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Todas as noites <input type="checkbox"/>		
10. Cansaço ou pouca energia Nas últimas 2 semanas, quão cansado ou com pouca energia se sentiu?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>		
11. Estado emocional Nas últimas 2 semanas, quão ansioso/a ou desanimado/a se sentiu devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>		
12. Compreensão do seu problema e tratamento atual Refletindo sobre os seus sintomas articulares e musculares, quão bem sente que compreende o seu problema e o tratamento atual?	Completamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>		
13. Confiança na capacidade de gerir os seus sintomas. Nas últimas 2 semanas, quão confiante se sentiu para gerir sozinho/a os seus sintomas articulares ou musculares?	Muitíssimo <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>		
14. Impacto geral Nas últimas 2 semanas, de que forma é que os seus sintomas articulares ou musculares o/a incomodaram?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>		
15. Níveis de atividade física Na última semana, quantos dias fez pelo menos 30 minutos de atividade física com intensidade suficiente para aumentar o batimento do coração? Este tipo de atividade pode incluir desporto, exercício, caminhadas rápidas ou a utilização da bicicleta em lazer ou para deslocações, mas não deve incluir as tarefas domésticas ou a atividade física realizada no seu trabalho.							
Nenhum <input type="checkbox"/>	1 dia <input type="checkbox"/>	2 dias <input type="checkbox"/>	3 dias <input type="checkbox"/>	4 dias <input type="checkbox"/>	5 dias <input type="checkbox"/>	6 dias <input type="checkbox"/>	7 dias <input type="checkbox"/>

Obrigado por preencher este questionário.



GRELHA DE AVALIAÇÃO

INSTRUÇÕES

A sua colaboração tem por objetivo analisar e avaliar a validade facial e de conteúdo do questionário.

Relativamente à validade facial, pretende-se avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, de forma a produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todos os potenciais participantes que irão responder.

Especificamente pretende-se:

- 1. Identificar perguntas problemáticas;**
- 2. Determinar as razões subjacentes;**
- 3. Registrar as soluções propostas para melhoria e reformulação.**

A respeito da validade de conteúdo, pretende-se examinar se os itens do questionário representam devidamente os conceitos de interesse sob investigação. Os itens estão divididos em quatro secções, nomeadamente “Dados Sociodemográficos e Económicos”; “Estado Geral de Saúde”; “Dados Clínicos”; “Dados Psicossociais”.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

PARTE 1 – Caracterização dos Fisioterapeutas *experts*

1. Nome: _____
2. Qual o seu contexto atual de trabalho?
 Prática clínica
 Ensino
 Investigação
3. Tempo de exercício profissional: _____ anos
4. Quais as suas qualificações académicas? (Assinale todas as que se aplicam)

Grau	
Bacharelato em Fisioterapia	
Licenciatura em Fisioterapia	
Especialista em Fisioterapia	
Mestre em Fisioterapia	
Mestre numa área relacionada Qual? _____	
Doutorado em Fisioterapia	
Doutorado numa área relacionada Qual? _____	

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

Sim Não

PARTE 2 – Avaliação do questionário

Quanto tempo demorou a responder ao questionário? _____ min.

1. No geral, como considera o questionário?

É claro, de fácil compreensão e resposta?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
É extenso?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
É adaptado aos potenciais participantes (pessoas com dor ME)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Considera as instruções claras?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Por favor, faça os comentários/ sugestões que considere relevantes, e se respondeu “não” a alguma das questões, especifique o porquê.

2. Tendo em conta a população a quem se dirige o questionário...

Considera que os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar? Sim Não

Por favor, faça os comentários/ sugestões que considere relevantes, e se respondeu “não”, especifique qual(is) o(s) item(s) e porquê.

3. Considera que os itens do questionário são claros e de fácil compreensão e resposta?

Sim Não

Por favor, faça os comentários/ sugestões que considere relevantes, e se respondeu “não” especifique qual(is) o(s) item(s) ou palavra e sugira outro(a) para o(a) substituir.

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

Sim Não

Por favor, faça os comentários/ sugestões que considere relevantes, e se respondeu “não” especifique qual(is) o(s) item(s) e porquê.

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

Sim Não

Por favor, faça os comentários/ sugestões que considere relevantes, e se respondeu “sim” especifique qual(is) o(s) item(s) ou palavra que sugere adicionar e/ou substituir.

6. Considera algum item do questionário inapropriado culturalmente?

Sim Não

Por favor, faça os comentários/ sugestões que considere relevantes, e se respondeu “sim” especifique qual(is) o(s) item(s) e sugira outro para o substituir.

7. Considera...

...o *lay-out* (formato, tipo de letra e contraste utilizado) apropriado?

Sim Não

...e o espaço para as respostas abertas?

Sim Não

Por favor, faça os comentários/ sugestões que considere relevantes, e se respondeu “não” especifique qual(is) o(s) item(s) e/ou questão e porquê.

Bem-haja pela sua colaboração!

Apêndice B – Dossier de Recrutamento e Recolha de Dados do Estudo Piloto



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
**Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética que
recorrem aos tratamentos de Fisioterapia**
Mota, C., Cruz, E., Pires, D.

DOSSIER ESTUDO PILOTO

março de 2021

Estudo Piloto

Atividades a desenvolver:

- **Fisioterapeuta/ Investigador** – O estudo piloto envolve 3 passos: 1) Seleção e caracterização dos participantes; 2) Entrega e recolha dos questionários a 20 participantes; 3) Entrevista a 20 participantes.

- **Utente/ participante no estudo** – O estudo piloto envolve 2 passos: 1) Preenchimento do Questionário de caracterização; 2) Responder oralmente à entrevista (grelha de avaliação) realizada pelo Fisioterapeuta.

Instruções para o Fisioterapeuta/ Investigador

1- Seleção e caracterização dos participantes

O Fisioterapeuta deve selecionar uma **amostra heterogénea** de 20 participantes em que deve ser garantida a inclusão de pessoas com dor de origem músculo-esquelética (ME) e pelo menos uma condição em cada uma das regiões: cervical, ombro, cotovelo, lombar, joelho e dor generalizada. Os participantes devem ser todos de língua materna portuguesa, estar a viver em Portugal, sem ligações à área da saúde e representativos em termos de idade, género, nível educacional e nível socioeconómico da população portuguesa (convidar pessoas de diferentes idades, com diversas condições ME, com diferentes níveis educacionais e socioeconómicos/ diferentes profissões).

O Fisioterapeuta deve confirmar que todos os participantes cumprem os critérios de inclusão e exclusão e aceitam participar livremente no estudo (**ver Apêndice 1**).

2- Entrega e Recolha dos Questionários

A realização do estudo piloto envolve a administração do “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica” a 20 pessoas com dor de origem ME e que recorrem aos serviços de Fisioterapia no setor privado. A resposta às questões da avaliação do questionário deve ser realizada através de entrevista presencial, conforme descrito no ponto seguinte.

3- Entrevista a 20 participantes

Os 20 participantes convidados que aceitem livremente participar no estudo devem responder por escrito ao “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”, e imediatamente depois, entrevistados presencialmente pelo Fisioterapeuta, relativamente às questões do “Questionário de Compreensão”, no sentido de aferir questões que suscitaram dúvidas e procurar soluções alternativas (**Apêndice 4**).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Seleção e Recrutamento dos Participantes

APÊNDICE 2 – Carta Explicativa do Estudo

APÊNDICE 3 – Declaração de Consentimento Informado

APÊNDICE 4 – Caderno de Instrumentos

Seleção e Recrutamento dos Participantes

1º Passo – Identificar potenciais participantes

O protocolo de recrutamento aplica-se a todos os utentes que procurem os serviços de Fisioterapia, no setor privado (quer referenciados ou procurem por iniciativa própria), com apresentação de dor ME localizada ou generalizada. Define-se como dor ME qualquer dor osteomuscular definida pelos limites anatómicos (localizada) ou generalizada (em mais do que um local).

2º Passo – Verificar os critérios de inclusão e exclusão

Após a identificação dos potenciais participantes, serão verificadas a presença de critérios de exclusão a todas as pessoas que se dirijam aos serviços de Fisioterapia. O Fisioterapeuta responsável deverá avaliar a presença de sinais e sintomas compatíveis com a presença de *red-flags*.

Entende-se por *red-flags* a presença de sinais e sintomas de compressão radicular, cauda equina (parestésias e/ou dormência na região perineal; dificuldade em mictar), patologia espinhal severa (irradiação para o membro inferior associado a fraqueza/ perda de sensibilidade); doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa (presença de febre/infeção), dor de origem visceral/maligna (doença neoplásica) ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose.

São ainda verificadas, pelo Fisioterapeuta responsável, a presença de comorbilidades sérias, psíquicas ou físicas, que impossibilitem a participação no estudo (nomeadamente a compreensão, interpretação e poder de resposta ao questionário).

Após a exclusão de presença de *red-flags*, o Fisioterapeuta responsável terá que verificar **se o potencial participante apresenta os seguintes critérios de inclusão:**

(coloque uma cruz no espaço apropriado para confirmar o critério)

Critérios de Inclusão	Sim
Tem a presença de dor ME	<input type="checkbox"/>
Procura tratamentos de Fisioterapia pela primeira vez ou pela reincidência de um episódio de dor ME	<input type="checkbox"/>
Tem idade igual ou superior a 18 anos	<input type="checkbox"/>
Tem nacionalidade portuguesa	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever em português	<input type="checkbox"/>

3º Passo – Convidar o utente a participar no estudo

Concluído o processo de seleção dos possíveis participantes, estes deverão ser abordados pelo Fisioterapeuta/ Investigador, para questionar se aceitam participar no estudo. Posteriormente à sua aceitação, ser-lhe-á explicado o **objetivo do estudo**, os **riscos e potenciais vantagens**, os **procedimentos para garantir a confidencialidade e o anonimato** e os **procedimentos de recolha de dados**, tal como referido na “Carta Explicativa” da página seguinte. Todas as dúvidas ou questões que possam surgir deverão ser devidamente esclarecidas pelo Fisioterapeuta/ Investigador.

CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO PILOTO

Exmo (a). Sr (a).

O meu nome é Cristiana Gil Mota, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Condições Músculo-Esqueléticas lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, sob orientação científica do Professor Diogo Pires no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projeto”, cujos objetivos são caracterizar a população portuguesa que recorre aos serviços privados de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética e comparar condições de saúde e fatores associados a maiores níveis de dor e incapacidade, para poder preparar melhor as formações base e contínuas dos Fisioterapeutas.

Para concretizar o objetivo supracitado, atualmente estou a desenvolver o estudo piloto para concretizar o processo de validação do “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”. Este questionário contém 21 questões com vários domínios cujo objetivo é caracterizar a população que recorre aos serviços de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética, através da recolha de aspetos sociodemográficos e clínicos.

Dada a importância da sua participação para o desenvolvimento deste questionário, venho por este meio convidá-lo a participar no estudo piloto, que pretende explorar aspetos relativos à clareza, compreensão e adequação das palavras utilizadas no questionário, questão a questão.

A decisão de participar implica o preenchimento de uma grelha de avaliação sobre a sua opinião sobre a clareza e compreensão das questões incluídas no “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”. A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. O presente estudo não acarreta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem direta para os que nele participam, e não irá interferir no plano de tratamento. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo em qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação. Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial, sendo conservado à responsabilidade da Fisioterapeuta Cristiana Mota.

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado de Fisioterapia – Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar um membro da equipa de investigação, ou a comissão de ética do Instituto Politécnico de Setúbal.

Certos que o seu contributo irá ajudar a desenvolver este questionário agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Muito obrigado por ler este documento,

Cristiana Mota / Eduardo Cruz / Diogo Pires
190512013@estudantes.ips.pt

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Participante,

É convidado(a) a participar num estudo no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho Projeto” integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pela discente Cristiana Gil Mota sob orientação científica do Professor Diogo Pires e coorientação do Professor Eduardo Cruz.

O objetivo do estudo piloto é explorar aspetos relativos à clareza, compreensão e adequação das palavras utilizadas no “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”, questão a questão.

Compreendo que a minha participação é completamente voluntária e que não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais. Terei igualmente o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo, e poderei abandonar o mesmo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação e sem que isso reflita algum tipo de prejuízo ou penalização para mim.

A minha identidade será preservada, através de um sistema de codificação o que permitirá que o estudo funcione em anonimato. As respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade do investigador. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em o fazer não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Para continuar, por favor assinale os itens abaixo:

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

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

Data: ____/____/____

O participante

A investigadora
Cristiana Gil Mota
190512013@estudantes.ips.pt



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
**Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética
que recorrem aos tratamentos de Fisioterapia**
Mota, C., Cruz, E., Pires, D.

CADERNO DE INSTRUMENTOS

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica
2. Questionário de Avaliação

Nome da Instituição: _____

Código Atribuído ao/à Utente [a ser preenchido pelo(a) Fisioterapeuta colaborador(a)]: _____

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA
DOR DE ORIGEM MÚSCULO-ESQUELÉTICA

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

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

5. Quais são as suas habilitações literárias? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Ensino Primário Incompleto
- Ensino Primário
- Antigo Liceu/ Ensino Básico Completo (9º ano de escolaridade)
- Ensino Secundário
- Licenciado
- Mestre
- Doutoramento

6. Qual é o concelho de residência? _____

6.1. Como classificaria o meio em que vive? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Rural (pertencente ao campo ou à vida agrícola, fora da cidade)
- Urbano (espaço que diz respeito à cidade)

6.2. Em média quanto tempo demora a chegar ao local onde faz Fisioterapia, independentemente do meio de transporte?

Tempo (horas/minutos): _____

7. Qual o seu Estado Civil? *(escolha uma das seguintes opções)*

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

8. Com quem vive atualmente? *(escolha uma ou mais das seguintes opções)*

- Sozinho(a)
- Cônjuge/ Companheiro(a) / Colega(s) de casa
- Agregado familiar
- Outro(s)

9. Sente que tem todo o suporte necessário da sua família e/ou amigos, quando necessita? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Concordo
- Discordo
- Nem concordo nem discordo

10. Qual é a sua situação profissional atual? *(escolha uma das seguintes opções)*

- A trabalhar a tempo inteiro
- A trabalhar a tempo parcial
- Baixa médica devido à sua condição de dor atual
- Baixa médica devido a outro motivo, que não a sua condição de dor atual
- Desempregado(a)
- Reformado(a)
- Doméstico(a)
- Trabalhador-Estudante
- Estudante

Se selecionou a opção “Desempregado(a)”, “Reformado(a)” ou “Estudante”, passe diretamente para a **questão 16**.

11. Selecione todos os atributos que melhor descrevem a sua atividade profissional atual

(responda mesmo que esteja de baixa médica ou similar):

- Predominantemente em pé
- Predominantemente sentado
- Predominantemente na mesma posição
- Trabalho manual com cargas inferiores a 10kg
- Trabalho manual com cargas superiores a 10kg
- Trabalho manual com repetição dos mesmos movimentos

12. Classifique o grau de satisfação com o seu trabalho relativamente aos seguintes aspetos: (escolha uma das seguintes opções)

	<i>Insatisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>
Ambiente de trabalho		
Horário de trabalho		
Possibilidade de conciliar o trabalho com assuntos relacionados com a saúde		
Possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais		
Oportunidade de desenvolver novas competências profissionais		
Motivação para o trabalho		

13. De forma geral como classificaria o grau de stress no seu trabalho? (assinale um valor entre 0 e 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Ausência de stress Stress Moderado Stress Elevado

14. No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor atual? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim, uma vez
- Sim, duas vezes ou mais
- Não

15. No último ano esteve de baixa médica remunerada (estado, seguros, empregador, etc)? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim
- Não

16. Como classifica a sua situação económica atual? (escolha uma das seguintes opções)

- Muito satisfatória
- Satisfatória
- Insatisfatória

17. É fumador? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim
- Não
- Ex-fumador

18. Consome bebidas alcoólicas? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Não
- Sim, todos os dias
- Sim, frequentemente
- Sim, raramente/ apenas em ocasiões especiais

19. Relativamente à sua dor atual que o(a) motivou à procura de serviços de Fisioterapia:

19.1. Qual a sua localização predominante? *(escolha uma ou mais das seguintes opções)*

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pescoço (cervical) | <input type="checkbox"/> Bacia/ Anca |
| <input type="checkbox"/> Parte de cima das costas (dorsal) | <input type="checkbox"/> Joelho |
| <input type="checkbox"/> Parte de baixo das costas (lombar) | <input type="checkbox"/> Tornozelo |
| <input type="checkbox"/> Ombro | <input type="checkbox"/> Pé |
| <input type="checkbox"/> Cotovelo | <input type="checkbox"/> Punho e mão |
| <input type="checkbox"/> Outra(s). Especifique: _____ | |

19.2. Há quanto tempo tem essa dor? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Há menos de 1 semana
- Entre 1 – 6 semanas
- Entre 6 – 12 semanas
- Entre 3 – 6 meses
- Entre 6 meses – 2 anos
- Há mais de 2 anos

19.3. Foi a primeira vez que sentiu essa dor? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Sim
- Não

19.4. Atualmente toma alguma medicação para aliviar a sua dor? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Sim
- Não

20. De acordo com o seu estado de saúde global, apresenta outro(s) problema(s) de saúde? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Sim
- Não

20.1. Se sim, identifique qual(is): (escolha uma ou mais das seguintes opções)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Doença Oncológica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Doença Respiratória |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Elevado | <input type="checkbox"/> Obesidade |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Outra(s). Especifique: _____ | |

21. Assinale o seu nível de concordância relativamente às seguintes afirmações:

	<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>
Sinto que a minha dor nunca vai melhorar		
Sinto que não é seguro para uma pessoa com a minha dor ser fisicamente ativo(a)		
Sinto que nenhum tratamento me vai ajudar a recuperar totalmente		
Não presto atenção à minha dor		
Deixei de fazer atividades que costumava fazer devido à minha dor		
Digo a mim mesmo(a) que não posso deixar a dor atrapalhar as minhas tarefas diárias		
Mesmo com a minha dor tento manter-me ativo(a) no dia-a-dia		

GRELHA DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO¹

INSTRUÇÕES

A sua colaboração tem por objetivo analisar e avaliar clareza, a compreensão e a adequação das palavras utilizadas, de forma a produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todos os potenciais participantes que irão responder. Especificamente pretende-se:

- 1- Identificar perguntas problemáticas
- 2- Determinar as razões subjacentes;
- 3- Registar as soluções propostas para uma melhor formulação.

A avaliação do questionário deve processar-se da seguinte forma:

1. Preencher o “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”;
2. Responder sob forma de entrevista à “Avaliação do Questionário”
 - **Primeira parte** – responder às questões destinadas a compreender a sua opinião geral sobre o “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”
 - **Segunda parte** – responder às questões sobre a clareza e compreensão das instruções;
 - **Terceira parte** – responder às questões específicas sobre o “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”.
 - i. A pergunta é difícil de compreender ou de responder. Se sim, porquê?
 - ii. A linguagem usada é facilmente compreensível, isto é, não existe formulação ambígua ou confusa que possa causar mais do que uma interpretação possível;
 - iii. Gostaria que a pergunta estivesse formulada de outra maneira;
 - iv. As opções de resposta são claras e coerentes com a pergunta.

¹(Adaptado do Centro de Estudos de Investigação da Universidade de Coimbra)

Questionário de Avaliação

Nota: O Fisioterapeuta/ Investigador deve ler as instruções para preenchimento do Questionário, antes de iniciar a Entrevista.

1. Opinião Geral sobre o “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”

Responda às questões nos espaços indicados para o efeito.

1. Teve alguma dificuldade de leitura, nomeadamente devido ao tamanho/tipo de letra utilizado ou estrutura/ formato do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u> , utilize este espaço para indicar as suas razões.				
2. Considera o formato do questionário claro e sugestivo?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u> , utilize este espaço para indicar as suas razões e sugestões.				
3. Quanto tempo demorou a responder ao Questionário de Caracterização Sociodemográfico e Clínico? (contagem realizada pelo Fisioterapeuta)				
_____ minutos				
4. Deixou alguma questão por responder?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u> , utilize este espaço para indicar as suas razões.				
5. Opôs-se a responder a alguma questão?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u> , utilize este espaço para indicar as suas razões.				
6. Quer acrescentar algum comentário ou sugestão a este questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

Se a sua resposta foi sim, utilize este espaço para escrever o seu comentário.

2. Opinião sobre as instruções do “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”

Responda às questões nos espaços indicados para o efeito.

Instruções:

1. Considera que as instruções são claras?

Sim

Não

Se a sua resposta foi não, utilize este espaço para indicar as suas razões.

2. Antecipa que poderão existir dificuldades na compreensão das instruções?

Sim

Não

Se a sua resposta foi sim, utilize este espaço para indicar as suas razões.

3. Acha que falta referir algum aspeto nas instruções?

Sim

Não

Se a sua resposta foi sim, utilize este espaço para indicar as suas razões.

3. Opinião sobre as questões e respostas do “Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica”

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE CADA QUESTÃO.

Assinale com uma cruz no quadro seguinte, as questões ou as respostas, que lhe levantaram dúvidas no preenchimento.

Número da questão	Enunciado da Questão	Opções de resposta
1		
2		
3		
4		
5		
6		
6.1		
6.2		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Número da questão	Enunciado da Questão	Opções de resposta
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19.1		
19.2		
19.3		
19.4		
20		
20.1		
21		

Para **cada um dos enunciados das questões** ou **opções de resposta** assinaladas no quadro anterior, responda às seguintes questões:

1. Na sua opinião, os termos e palavras utilizadas no questionário que preencheu são fáceis de compreender?		Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi não, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:					
Número da questão	Palavra do questionário	Palavra que substitui			

2. Considera alguma questão pouco clara ou ambígua?		Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi sim, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:					
Número da questão	Palavra do questionário	Palavra que substitui			

Caso tenha identificado algum problema de uma questão em concreto, neste domínio, faça-o de acordo com as questões colocadas na grelha abaixo:

Afirmção/ Questão do Instrumento	Refira o nº da Afirmção/ Questão
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

Apêndice C – Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
**Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética que
recorrem aos tratamentos de Fisioterapia**
Mota, C., Cruz, E., Pires, D.

MANUAL DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

abril de 2021

Exmo (a). Sr (a).

O meu nome é Cristiana Mota, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Condições Músculo-Esqueléticas lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, sob orientação científica do Professor Diogo Pires no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projeto”, cujos objetivos são caracterizar a população portuguesa que recorre aos serviços privados de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética e comparar condições de saúde e fatores associados a maiores níveis de dor e incapacidade, para poder preparar melhor as formações base e contínuas dos fisioterapeutas.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização para a recolha de dados dos utentes com de origem músculo-esquelética que procuram serviços de Fisioterapia. A recolha de dados acontecerá apenas em 1 momento nos quais serão aplicados os respetivos instrumentos:

Momento de avaliação

- Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica que inclui a Escala Numérica da Dor
- Questionário Europeu de Qualidade de Vida (EQ-5D) – Versão Portuguesa
- Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) – Versão Portuguesa
- Pain Detect – Versão Portuguesa

Salientamos ainda que o estudo não envolve qualquer alteração no tratamento estabelecido e que o pedido de colaboração dos utentes será feito mediante o consentimento informado.

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver este estudo agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Cristiana Gil Mota
190512013@estudantes.ips.pt

PROTOCOLO PARA RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

O presente protocolo é uma ferramenta orientadora para os fisioterapeutas colaboradores do projeto “**Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética que recorrem aos tratamentos de Fisioterapia**”. Para que o recrutamento e, posterior, seleção da amostra seja realizada de forma adequada, este protocolo deve ser respeitado por todos os colaboradores de igual forma, seguindo os três passos seguintes:

1º PASSO – Identificar Potenciais Participantes

O protocolo de recrutamento aplica-se a todos os utentes que procurem os serviços de Fisioterapia, no setor privado (quer sejam referenciados ou procurem por iniciativa própria), com apresentação de dor músculo-esquelética (ME) localizada ou generalizada. Define-se como dor ME qualquer dor osteomuscular definida pelos limites anatómicos (localizada) ou generalizada (em mais do que um local).

2º PASSO – Verificar os critérios de inclusão e exclusão

Após a identificação dos potenciais participantes serão verificadas a presença de critérios de exclusão a todas as pessoas que se dirijam aos serviços de Fisioterapia, e o Fisioterapeuta responsável deverá avaliar a presença de sinais e sintomas compatíveis com a presença de *red-flags*.

Entende-se por *red-flags* a presença de sinais e sintomas de compressão radicular, cauda equina (parestesias e/ou dormência na região perineia; dificuldade em mictar), patologia espinhal severa (irradiação para o membro inferior associado a fraqueza/ perda de sensibilidade); doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa (presença de febre/infeção), dor de origem visceral/maligna (doença neoplásica) ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose.

São ainda verificadas, pelo Fisioterapeuta responsável, a presença de comorbilidades sérias, psíquicas ou físicas, que impossibilitem a participação no estudo (nomeadamente a compreensão, interpretação e poder de resposta ao questionário).

Após a exclusão de presença de *red-flags*, o Fisioterapeuta responsável terá que verificar **se o potencial participante apresenta os seguintes critérios de inclusão**:

(coloque uma cruz no espaço apropriado para confirmar o critério)

Crítérios de Inclusão	Sim
Tem a presença de dor ME	<input type="checkbox"/>
Procura tratamentos de Fisioterapia pela primeira vez ou pela reincidência de um episódio de dor ME	<input type="checkbox"/>
Tem idade igual ou superior a 18 anos	<input type="checkbox"/>
Tem nacionalidade portuguesa	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever em português	<input type="checkbox"/>

3º PASSO – Convidar o utente a participar no estudo

Concluído o processo de seleção dos possíveis participantes, estes deverão ser abordados pelo Fisioterapeuta colaborador, para questionar se aceitam participar no estudo. Assim, ser-lhes-á fornecidas a Ficha Informativa para Participantes e o Formulário de Consentimento Informado. Previamente à sua assinatura deverá ser explicado a cada participante o objetivo do estudo, os riscos e potenciais vantagens, bem como todos os procedimentos realizados. Todas as dúvidas ou questões que possam surgir deverão ser devidamente esclarecidas pelo Fisioterapeuta colaborador.



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
**Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética
que recorrem aos tratamentos de Fisioterapia**

Mota, C., Cruz, E.; Pires, D.

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre estudo, se o desejar.

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

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

Parte 1 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é a finalidade do estudo?

Este estudo tem como principais objetivos caracterizar a população portuguesa que recorre aos serviços privados de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética e comparar condições de saúde e fatores associados a maiores níveis de dor e incapacidade, para poder preparar melhor as formações base e contínuas dos Fisioterapeutas.

Porque fui convidado?

Foi convidado(a) a participar neste estudo por recorrer aos serviços de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética, no setor privado.

A sua participação irá ajudar-nos a caracterizar a população portuguesa que recorre aos serviços de Fisioterapia, no setor privado, por dor de origem músculo-esquelética, bem como a criar uma base de evidência que permita comparar condições de saúde e fatores associados a maiores níveis de dor e incapacidade, para poder preparar melhor as formações base e contínuas dos Fisioterapeutas.

Tenho mesmo que participar?

A escolha de participar ou não no estudo é sua, e é voluntária. O presente estudo não acarreta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem direta para os que nele participam, e não irá interferir no plano de decisão e de intervenção. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar. Para tal, basta que interrompa o preenchimento do questionário, sem necessidade de o entregar ao Fisioterapeuta responsável.

O que acontece se aceitar participar?

Se aceitar participar, ser-lhe-á entregue um formulário de consentimento informado, o qual deverá ler atentamente, preencher e assinar. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa, no qual terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. De seguida será solicitado o seu consentimento informado.

O que terei que fazer?

Terá que responder a um questionário, o qual tem um tempo de preenchimento estimado de aproximadamente 15 minutos podendo utilizar o tempo que necessitar para o efeito.

Quais as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos prometer que este estudo o(a) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retirarmos dele irá ajudar-nos a caracterizar a população portuguesa que recorre aos serviços privados de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética e comparar condições de saúde e fatores associados a maiores níveis de dor e incapacidade. Esta caracterização poderá contribuir também para poder preparar melhor as formações base e contínuas dos Fisioterapeutas.

Quais as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão, se sentir prejudicado, poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação, sendo apenas necessário que não preencha/ entregue o questionário.

E se houver algum problema?

Qualquer queixa que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordado(a) ou qualquer dano associado serão considerados.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma autónoma e confidencial, sendo conservado à responsabilidade de Cristiana Mota.

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia – Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, e em nenhum momento os dados serão apresentados de forma individual. Uma vez apresentados os resultados os dados originais serão destruídos e a base de dados eletrónica após três anos.

Se a informação anterior lhe despertou interesse em participar no estudo, por favor leia a informação adicional (parte 2) antes de tomar qualquer decisão.

Parte 2 | Condução do estudo

O que acontece se não aceitar participar no estudo?

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

E se houver algum problema?

No caso de ter alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar um membro da equipa de investigação. A sua queixa será considerada e iremos responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do seguinte *e-mail*: 190512013@estudantes.ips.pt.

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

A minha participação no estudo será confidencial?

Sim, a sua participação será confidencial, assegurada através do uso de vários procedimentos de natureza ética. As suas respostas ao questionário e dados sociodemográficos e clínicos serão codificados e introduzidos por mim (Cristiana Mota) numa base de dados sem que seja referenciado nomes ou outros dados que o identifiquem.

O que irá acontecer às informações que der sobre mim?

Os dados recolhidos no questionário serão agregados e nunca serão apresentados de forma individual, sendo a sua finalidade apenas para caracterizar os participantes deste estudo. Os dados serão codificados durante a introdução dos mesmos numa base de dados, garantindo o anonimato no seu armazenamento. Os dados originais serão destruídos após a conclusão do estudo e a base de dados eletrónica após três anos.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados serão apresentados no âmbito da Unidade Curricular “Trabalho Projeto” integrada no Mestrado de Fisioterapia – Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo expostos de forma individual. Os resultados poderão vir a ser apresentados/ publicados em conferências/ revistas da especialidade, garantindo a impossibilidade de individualizar as respostas de cada participante. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos e a base de dados eletrónica após três anos.

Obrigado pela leitura atenta deste documento,

Cristiana Mota / Eduardo Cruz / Diogo Pires

190512013@estudantes.ips.pt

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Participante,

É convidado(a) a participar num estudo no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho Projeto” integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a realizar pela discente Cristiana Gil Mota sob orientação científica do Professor Diogo Pires e coorientação do Professor Eduardo Cruz.

Os objetivos deste estudo são caracterizar a população portuguesa que recorre aos serviços privados de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética e comparar condições de saúde e fatores associados a maiores níveis de dor e incapacidade, pelo que fui selecionado por recorrer aos serviços de Fisioterapia por dor de origem músculo-esquelética, no setor privado.

Assim, reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais. A minha identidade será preservada, através de um sistema de codificação o que permitirá que o estudo funcione em anonimato. As respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade do investigador. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos e a base de dados eletrónica após 3 anos.

Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em o fazer não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Para continuar, por favor assinale os itens abaixo:

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

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

Data: ____/____/____

O participante

A investigadora
Cristiana Gil Mota
E-mail: 190512013@estudantes.ips.pt



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
**Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com dor de origem músculo-esquelética que
recorrem aos tratamentos de Fisioterapia**
Mota, C., Cruz, E., Pires, D.

CADERNO DE INSTRUMENTOS

1. **Protocolo de Recolha de Dados**
2. **Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica**
3. **Questionário Europeu de Qualidade de Vida (EQ-5D) – Versão Portuguesa**
4. ***Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) – Versão Portuguesa***
5. ***Pain Detect – Versão Portuguesa***

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

Este protocolo destina-se **apenas** aos participantes no estudo que:

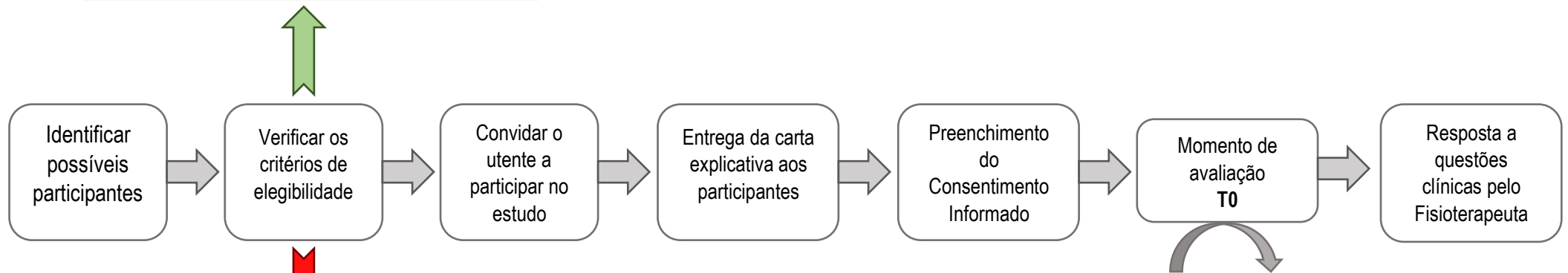
- ✓ **Cumpriram todos os critérios de inclusão;**
- ✓ **Aceitaram participar no estudo e assinaram o formulário de Consentimento Informado.**

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos apenas num único momento de avaliação.

O tempo médio de preenchimento dos instrumentos é de 15 minutos. Solicite o preenchimento dos seguintes instrumentos, na ordem indicada:

- Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica
- Questionário Europeu de Qualidade de Vida (EQ-5D) – Versão Portuguesa
- Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) – Versão Portuguesa
- Pain Detect – Versão Portuguesa

- ✓ Ter dor de origem músculo-esquelética
- ✓ Procura tratamentos de Fisioterapia pela primeira vez ou pela reincidência de um episódio de dor ME
- ✓ Idade igual ou superior a 18 anos
- ✓ Ter nacionalidade portuguesa
- ✓ Saber ler e escrever português europeu



- * Presença de *red-flags*: sinais e sintomas de compressão radicular, cauda equina, patologia espinhal severa (irradiação para o membro inferior associado a fraqueza/ perda de sensibilidade); doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa (presença de febre/infeção), dor de origem visceral/maligna (doença neoplásica) ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose
- * Comorbilidades sérias, psíquicas ou físicas, que impossibilitem a participação no estudo

Preenchimento:

- » Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica
- » Questionário Europeu de Qualidade de Vida – Versão Portuguesa
- » *Musculoskeletal Health Questionnaire* (MSK-HQ) – Versão Portuguesa
- » *Pain Detect* – Versão Portuguesa

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: ____/____/_____

MOMENTO DE AVALIAÇÃO – T0

(Após a verificação dos Critérios de Inclusão e assinatura do Consentimento Informado)

Tempo de preenchimento previsto: 15 minutos

Seguir a ordem indicada:

- Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica
- Questionário Europeu de Qualidade de Vida (EG-5D) – Versão Portuguesa
- *Musculoskeletal Health Questionnaire* (MSK-HQ) – Versão Portuguesa
- *Pain Detect* – Versão Portuguesa

Nome da Instituição: _____

Código Atribuído ao/à Utente [a ser preenchido pelo(a) Fisioterapeuta colaborador(a)]: _____

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA
DOR DE ORIGEM MÚSCULO-ESQUELÉTICA**

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

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

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

- Ensino Primário Incompleto
- Ensino Primário
- Antigo Liceu/ Ensino Básico Completo (9º ano de escolaridade)
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Qual é o concelho de residência? _____

6.1. Como classificaria o meio em que vive? (escolha uma das seguintes opções)

- Rural (pertencente ao campo ou à vida agrícola, fora da cidade)
- Urbano (espaço que diz respeito à cidade)

6.2. Em média quanto tempo demora a chegar ao local onde faz Fisioterapia, independentemente do meio de transporte que utiliza?

Tempo (horas/minutos): _____

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

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

8. Com quem vive atualmente? (escolha uma ou mais das seguintes opções)

- Sozinho(a)
- Cônjuge/ Companheiro(a) / Colega(s) de casa
- Agregado familiar
- Outro(s)

9. Sente que tem todo o suporte necessário da sua família e/ou amigos, quando necessita? (escolha uma das seguintes opções)

- Concordo
- Discordo
- Nem concordo nem discordo

10. Qual é a sua situação profissional atual? (escolha uma das seguintes opções)

- A trabalhar a tempo inteiro
- A trabalhar a tempo parcial
- Baixa médica devido à sua condição de dor atual
- Baixa médica devido a outro motivo, que não a sua condição de dor atual
- Desempregado(a)
- Reformado(a)
- Doméstico(a)
- Trabalhador-Estudante
- Estudante

Se escolheu a opção “Desempregado(a)”, “Reformado(a)” ou “Estudante”,
passe para a **questão 16.**

11. Selecione todos os atributos que melhor descrevem a sua atividade profissional atual (responda mesmo que esteja de baixa médica ou similar):

- Predominantemente em pé
- Predominantemente sentado
- Predominantemente na mesma posição
- Trabalho manual com cargas inferiores a 10kg
- Trabalho manual com cargas superiores a 10kg
- Trabalho manual com repetição dos mesmos movimentos

12. Classifique o grau de satisfação com o seu trabalho relativamente a todos os seguintes aspetos:

	<i>Insatisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>
a) Ambiente de trabalho		
b) Horário de trabalho		
c) Possibilidade de conciliar o trabalho com assuntos relacionados com a saúde		
d) Possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais		
e) Oportunidade de desenvolver novas competências profissionais		
f) Motivação para o trabalho		

13. De forma geral como classificaria o grau de *stress* no seu trabalho? (assinale um valor entre 0 e 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Ausência de *stress* *Stress Moderado* *Stress Elevado*

14. No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor atual? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim, uma vez
- Sim, duas vezes ou mais
- Não

15. No último ano esteve de baixa médica remunerada (estado, seguros, empregador, etc)? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim
- Não

16. Como classifica a sua situação económica atual? (escolha uma das seguintes opções)

- Muito satisfatória
- Satisfatória
- Insatisfatória

17. É fumador? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim
- Não
- Ex-fumador

18. Consome bebidas alcoólicas? (escolha uma das seguintes opções)

- Não
- Sim, raramente/ apenas em ocasiões especiais
- Sim, frequentemente
- Sim, todos os dias

19. Relativamente à sua dor atual que o(a) levou à procura de serviços de Fisioterapia:

19.1. Qual a sua localização predominante? (escolha uma ou mais das seguintes opções)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pescoço (cervical) | <input type="checkbox"/> Bacia/ Anca |
| <input type="checkbox"/> Parte de cima das costas (dorsal) | <input type="checkbox"/> Joelho |
| <input type="checkbox"/> Parte de baixo das costas (lombar) | <input type="checkbox"/> Tornozelo |
| <input type="checkbox"/> Ombro | <input type="checkbox"/> Pé |
| <input type="checkbox"/> Cotovelo | <input type="checkbox"/> Punho e mão |
| <input type="checkbox"/> Outra(s). Especifique: _____ | |

19.2. Há quanto tempo tem essa dor? (escolha uma das seguintes opções)

- Há menos de 1 semana
- Entre 1 – 6 semanas
- Entre 6 – 12 semanas
- Entre 3 – 6 meses
- Entre 6 meses – 2 anos
- Há mais de 2 anos

19.3. Foi a primeira vez que sentiu essa dor? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim
- Não

19.4. Atualmente toma alguma medicação para aliviar a sua dor? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim
- Não

20. De acordo com o seu estado de saúde global, apresenta outro(s) problema(s) de saúde? (escolha uma das seguintes opções)

- Sim
- Não

20.1. Se sim, identifique qual(is): (escolha uma ou mais das seguintes opções)

- Hipertensão Arterial
- Doença Oncológica
- Diabetes
- Doença Respiratória
- Colesterol Elevado
- Obesidade
- Doença Cardíaca
- Outra(s). Especifique: _____

21. Assinale se concorda ou não com as seguintes afirmações:

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
a) Sinto que a minha dor nunca vai melhorar		
b) Sinto que não é seguro para uma pessoa com a minha dor ser fisicamente ativo(a)		
c) Sinto que nenhum tratamento me vai ajudar a recuperar totalmente		
d) Não dou muita atenção à minha dor		
e) Deixei de fazer atividades que costumava fazer devido à minha dor		
f) Digo a mim mesmo(a) que não posso deixar a dor atrapalhar as minhas tarefas diárias		
g) Mesmo com a minha dor tento manter-me ativo(a) no dia-a-dia		

----- **A responder pelo Fisioterapeuta Responsável** -----

22. Qual a origem da dor músculo-esquelética do utente? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Traumática
- Pós-cirúrgica
- Condição específica inflamatória (reumatológica)
- Condição não-específica*1

*1 Considere uma condição não-específica todas as condições e/ou dor(es) que não tenham uma razão traumática, pós-cirúrgica ou reumatológica, claramente na origem dos sintomas. (pe. dor relacionada com fenómenos degenerativos ou outras)

23. Quem referenciou o utente para a Fisioterapia? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Fisiatra
- Ortopedista
- Neurologista/ Neurocirurgião
- Médico Clínica Geral
- Reumatologista
- Auto referenciação
- Fisioterapeuta
- Outro. Especifique: _____

24. Qual é o seu contexto de trabalho? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Clínica privada
- Gabinete privado
- Unidade móvel/ domicílios
- Centro de reabilitação

25. Qual é o subsistema do utente? *(escolha uma das seguintes opções)*

- Não tem subsistema
- SNS
- ADSE
- SAD
- Seguro de saúde/ trabalho



QUESTIONÁRIO EUROPEU DE QUALIDADE DE VIDA

Assinale com uma cruz (assim) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar..... ₁
Tenho alguns problemas em andar ₂
Tenho de estar na cama ₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais..... ₁
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me ₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► Actividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais..... ₃

► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar..... ₁
Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► Ansiedade / Depressão

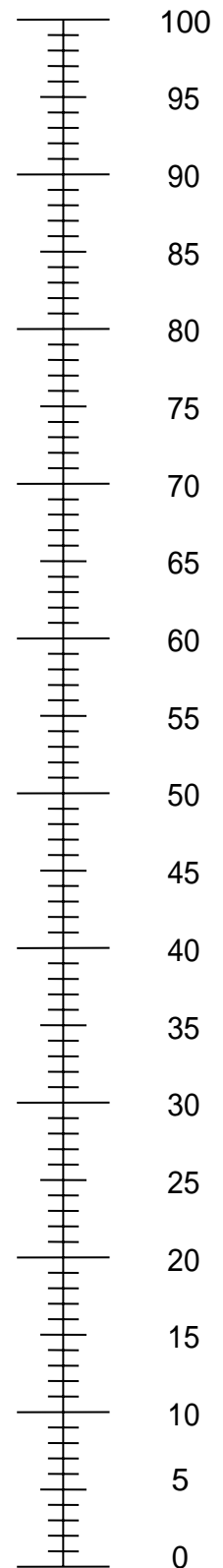
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a..... ₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

MUSCULOSKELETAL HEALTH QUESTIONNAIRE (MSK-HQ)

VERSÃO EM PORTUGUÊS EUROPEU

Este questionário é sobre os seus sintomas tais como desconforto, dor e/ou rigidez nas suas **articulações, costas, pescoço, ossos e músculos**. Por favor, concentre-se no(s) problema(s) de saúde que o/a levou/ levaram a procurar tratamento neste serviço.

Para cada questão, **assinale (✓) a opção correspondente à afirmação que melhor o/a descreve nas últimas 2 semanas**

1. Dor/rigidez durante o dia Nas últimas 2 semanas, no geral, quão intensas foram as suas dores e/ou rigidez articular ou muscular ao longo do dia?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>
2. Dor/rigidez durante a noite Nas últimas 2 semanas, no geral, quão intensas foram as suas dores e/ou rigidez articular ou muscular durante a noite?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>
3. Andar Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas interferiram na sua capacidade de andar?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Incapaz de andar <input type="checkbox"/>
4. Lavar/Vestir Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas interferiram na sua capacidade de se lavar ou vestir?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a <input type="checkbox"/>
5. Níveis de atividade física Nas últimas 2 semanas, quão difícil tem sido fazer atividade física no nível que deseja (p. ex., caminhar ou correr) devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Incapaz de fazer atividade física <input type="checkbox"/>
6. Trabalho/rotina diária Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas articulares ou musculares interferiram no seu trabalho ou na sua rotina diária (incluindo tarefas e trabalhos domésticos)?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>
7. Atividades sociais e de lazer (hobbies) Nas últimas 2 semanas, de que forma os seus sintomas articulares ou musculares interferiram nas suas atividades sociais e de lazer?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>

Por favor vire a página e continue

MSK-HQ © Copyright Oxford University Innovation Limited 2014. All Rights Reserved. The authors have asserted their moral rights. The authors acknowledge the kind support of Versus Arthritis in the development of the MSK-HQ, Portuguese for Portugal. Any use of MSK-HQ is only permitted under license from Oxford University Innovation, which can be requested through the portal: <https://process.innovation.ox.ac.uk/clinical>

8. Necessidade de ajuda Nas últimas 2 semanas, com que frequência precisou de ajuda de outras pessoas (incluindo família, amigos ou cuidadores) devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>		
9. Sono Nas últimas 2 semanas, com que frequência teve problemas em adormecer ou manter-se a dormir devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Todas as noites <input type="checkbox"/>		
10. Cansaço ou pouca energia Nas últimas 2 semanas, quão cansado ou com pouca energia se sentiu?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>		
11. Estado emocional Nas últimas 2 semanas, quão ansioso/a ou desanimado/a se sentiu devido aos seus sintomas articulares ou musculares?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>		
12. Compreensão do seu problema e tratamento atual Refletindo sobre os seus sintomas articulares e musculares, quão bem sente que compreende o seu problema e o tratamento atual?	Completamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>		
13. Confiança na capacidade de gerir os seus sintomas. Nas últimas 2 semanas, quão confiante se sentiu para gerir sozinho/a os seus sintomas articulares ou musculares?	Muitíssimo <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>		
14. Impacto geral Nas últimas 2 semanas, de que forma é que os seus sintomas articulares ou musculares o/a incomodaram?	Nada <input type="checkbox"/>	Ligeiramente <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Muitíssimo <input type="checkbox"/>		
15. Níveis de atividade física Na última semana, quantos dias fez pelo menos 30 minutos de atividade física com intensidade suficiente para aumentar o batimento do coração? Este tipo de atividade pode incluir desporto, exercício, caminhadas rápidas ou a utilização da bicicleta em lazer ou para deslocações, mas não deve incluir as tarefas domésticas ou a atividade física realizada no seu trabalho.							
Nenhum <input type="checkbox"/>	1 dia <input type="checkbox"/>	2 dias <input type="checkbox"/>	3 dias <input type="checkbox"/>	4 dias <input type="checkbox"/>	5 dias <input type="checkbox"/>	6 dias <input type="checkbox"/>	7 dias <input type="checkbox"/>

Obrigado por preencher este questionário.

Como avalia a sua dor agora, neste momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente máxima

Qual a intensidade da dor mais forte que sentiu nas últimas 4 semanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente máxima

Em média, qual a intensidade da dor que sentiu nas últimas 4 semanas?

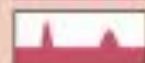
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente máxima

Assinale a imagem que melhor descreve a evolução da sua dor:



Dor constante com ligeiras variações



Dor constante com crises de dor



Crises de dor sem dor nos intervalos



Crises frequentes de dor com dor nos intervalos

Por favor indique a principal zona de dor



A sua dor espalha-se a outras regiões do corpo?

sim não

Se sim, indique a direcção para onde a dor se espalha.

Sofre de sensação de queimadura ou ardor (p. ex., como se tocasse em urtigas) nas zonas indicadas?

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

Sente uma sensação de picada ou formigueliro na zona da dor (como formigas a caminhar ou uma vibração eléctrica)?

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

Um toque superficial (com roupa, cobertor) nesta zona provoca dor?

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

Tem crises repentinas de dor na zona afectada, como choques eléctricos?

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

O frio ou o calor (como a água do banho) provoca-lhe dor ocasional nesta zona?

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

Sofre de sensação de dormência nas zonas que indicou?

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

Uma leve pressão nessa zona, por ex., com um dedo, desperta dor?

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

(A preencher pelo médico)

nenhuma insignificante ligeira moderada forte muito forte

x 0 = 0 x 1 = x 2 = x 3 = x 4 = x 5 =

Pontuação total de 35 no máximo

Apêndice D – Agregação das Variáveis

Agregação das variáveis categóricas

Variáveis	Subcategorias	Frequência absoluta	Agregação	Frequência absoluta
Habilitações Literárias	Ensino Primário Incompleto	1	Até ao 9º ano	57
	Ensino Primário	15		
	Antigo Liceu/ Ensino Básico Completo (9º ano de escolaridade)	32		
	Ensino Secundário	43	Secundário	43
	Licenciatura	39	Licenciatura + Mestrado + Doutoramento	49
	Mestrado	10		
	Doutoramento	0		
Estado Civil	Solteiro	43	Solteiro/ Casado/ União de Facto	126
	Casado	69		
	União de Facto	14		
	Viúvo	7	Viúvo/ Divorciado	14
	Divorciado	7		
Agregado Familiar	Conjuge/ Companheiro/ Colega de casa	54	Vive com outra(s) pessoa(s)	116
	Agregado familiar	57		
	Outros	5		
	Sozinho	24	Sozinho	24
Suporte Familiar	Concordo	126	Concordo	126
	Discordo	4		14
	Não concordo nem discordo	10		
Situação profissional atual	Trabalhador a tempo inteiro	64	A trabalhar + Estudante + Doméstico	87
	Trabalhador a tempo parcial	5		
	Trabalhador-Estudante	5		
	Estudante	9		
	Doméstico	3		
	Desempregado	9	Desempregado	9
	Reformado	28	Reformado	28
	Baixa médica devido à condição atual	16	Baixa médica	17
Baixa médica devido a outro motivo	1			
Stress ocupacional	0	4	Baixo-moderado (0-3)	52
	1	4		
	2	13		

	3	31		
	4	24	Elevado (4-5)	42
	5	18		
Situação económica	Muito satisfatória	10		113
	Satisfatória	103		
	Insatisfatória	27		27
Problemas com o sono	Nunca	45	Nunca	45
	Raramente	36		70
	Algumas vezes	34		
	Frequentemente	19		25
	Sempre	6		
Nível de atividade física	0	60	0-1	74
	1	14		
	2	20	2-4	48
	3	19		
	4	9		
	5	9	5-7	18
	6	6		
	7	3		
Duração da dor	Há menos de 1 semana	9	Até 6 semanas	32
	1-6 semanas	23		
	6-12semanas	15	6 semanas – 6 meses	39
	3-6 meses	24		
	6meses-2anos	31	Mais de 6 meses	69
	Há mais de 2 anos	38		
Função AVD's	Nada	28		70
	Ligeiramente	42		
MSK-HQ	Moderado	39		70
	Muito	21		
	Muitíssimo	10		
Participação Social	Nada	45		90
	Ligeiramente	45		
	Moderado	29		43
	Muito	14		
	Muitíssimo	7		
Ansiedade/ Estado Emocional MSK HQ	Nada	42		87
	Ligeiramente	45		
	Moderado	31		50
	Muito	19		
	Muitíssimo	3		
Origem da dor	Não específica	67	Não específica	67
	Traumática	32	Específica	73
	Pós-cirúrgica	32		
	Específica inflamatória	9		
		Fisiatra	45	

Referenciação para a Fisioterapia	Ortopedista	29	Médico	84
	Neurologista/ Neurocirurgião	1		
	Médico clínica geral	10		
	Autorreferenciação	39	Autorreferenciação	39
	Fisioterapeuta	3	Outros	16
	Amigo	3		
	Familiar	3		
Clube desportivo	7			
END “Dor Agora”	0	12	Ligeira (0-5)	107
	1	14		
	2	17		
	3	20		
	4	16		
	5	28		
	6	13	Moderada-Severa (6-10)	33
	7	13		
	8	4		
	9	2		
10	1			
END “Dor mais forte”	0	2	Ligeira (0-5)	39
	1	1		
	2	5		
	3	2		
	4	14		
	5	15		
	6	15	Moderada-Severa (6-10)	121
	7	30		
	8	31		
	9	14		
10	11			
END “Dor média”	0	2	Ligeira (0-5)	78
	1	3		
	2	14		
	3	11		
	4	23		
	5	25		
	6	30	Moderada-Severa (6-10)	62
	7	19		
	8	7		
	9	2		
10	4			

Divisão por classes das variáveis

Variáveis	Frequência absoluta	Classes	Frequência absoluta
Idade	140	18-40 anos	55
		41-65 anos	59
		>65 anos	26
IMC (Peso e Altura)	140	Peso normal (< 25 kg/m ²)	67
		Sobrepeso (25-30 kg/m ²)	59
		Obesidade (> 30 kg/m ²)	14
Tempo de deslocação à Fisioterapia	140	0-10min	89
		10-25min	35
		>25min	16
Número de comorbilidades	57	1	39
		2 ou mais	18
Locais de dor	140	1 local	104
		2 locais	26
		3 ou mais	10

Apêndice E – Tabelas de Regressão Logística

Dor moderada-severa (agora) – no momento da avaliação

Variável independente	R ² Nagelkerke	P value	Adjusted OR (CI 95 %)
Fatores Demográficos e Socioeconómicos			
Variáveis Pessoais			
Idade	0,125		
18-40*	1		
41-65		0,232	1,648 (0,727-3,735)
>65 anos		0,071	2,491 (0,924-6,713)
Sexo	0,125		
Masculino*			1
Feminino		0,007	2,849 (1,332-6,092)
IMC	0,129		
<25*			1
25-30		0,842	1,079 (0,509-2,289)
>30		0,480	1,582 (0,443-5,648)
Habilitações Literárias	0,179		
Licenciatura+Mestrado+Doutoramento*			1
Secundário		0,070	2,327 (0,934-5,798)
Até 9 ° ano		0,020	3,022 (1,186-7,698)
Meio	0,151		
Urbano*			1
Rural		0,083	1,942 (0,917-4,110)
Tempo de deslocação	0,171		
0-10*			1
10-25		0,204	1,731 (0,743-4,035)
>25		0,036	3,571 (1,084-11,766)
Estado Civil	0,125		
Solteiro/ Casado/ União Facto*			1
Viúvo/ Divorciado		0,865	0,900 (0,267-3,030)
Agregado Familiar	0,033		
Conjuge/Agregado/ Outros*			1
Sozinho(a)		0,107	0,47 (0,19-1,18)
Suporte familiar	0,129		
Concordo*			1
Discordo+Não concordo/Não discordo		0,500	1,498 (0,463-4,842)
Variáveis Ocupacionais			
Situação Profissional	0,151		
Trabalhar+Estudante+Doméstico*			1
Baixa (2 tipos)		0,612	0,735 (0,223-2,420)
Reformado		0,232	4,301 (0,393-47,097)
Desempregado		0,837	2,033 (0,466-8,874)
Tipo de Trabalho:			
Predominantemente em pé	0,112		
Não*			1
Sim		0,350	1,521 (0,631-3,667)
Predominantemente sentado	0,140		
Não*			1
Sim		0,088	0,427 (0,161-1,134)
Mesma posição	0,101		
Não*			1
Sim		0,783	0,853 (0,274-2,651)

Cargas >10kg	0,103		
Não*			1
Sim		0,675	1,261 (0,427-3,727)
Movimentos repetidos	0,136		
Não*			1
Sim		0,104	2,077 (0,861-5,009)
Grau de Satisfação Laboral	0,131		
Satisfeito*			1
Insatisfeito		0,129	2,361 (0,778-7,164)
Stress Ocupacional	0,104		
0-3 (baixo-moderado) *			1
4-5 (elevado)		0,604	1,256 (0,530-2,977)
Ausência laboral	0,162		
Não*			1
Sim		0,032	2,913 (1,097-7,738)
Baixa remunerada no último ano	0,106		
Não*			1
Sim		0,521	1,355 (0,536-3,428)
Situação Económica	0,127		
Muito satisfatória/ Satisfatória*			1
Insatisfatória		0,632	0,803 (0,327-1,970)
Variáveis do Estado Global de Saúde			
Problemas com o sono	0,181		
Nunca*			1
Rara/Algumas vezes		0,089	2,115 (0,892-5,012)
Frequentemente/ Sempre		0,013	4,337 (1,362-13,813)
Nível de Atividade Física	0,128		
5-7 dias*			1
2-4 dias		0,661	1,300 (0,403-4,196)
0-1 dia		0,558	1,388 (0,464-4,152)
Comorbilidades/ Problemas de saúde	0,122		
Não*		0,794	0,900 (0,410-1,980)
Sim			1
Número de comorbilidades	0,147		
1*			1
2 ou mais		0,554	1,473 (0,409-5,298)
Hábitos Tabágicos	0,128		
Não*			1
Sim		0,790	1,148 (0,414-3,184)
Ex-fumador		0,607	0,740 (0,235-2,329)
Hábitos Alcoólicos	0,126		
Não*			1
Sim, raramente		0,708	0,853 (0,371-1,958)
Sim, frequentemente + todos os dias		0,710	0,781 (0,211-2,883)
Fatores Clínicos			
Variáveis Clínicas			
Nº locais de dor	0,151		
1 local*			1
2 locais		0,296	0,594 (0,224-1,577)
3 ou mais		0,249	2,363 (0,548-10,180)
Duração da dor	0,166		
Até 6 semanas*			1
6 semanas – 6 meses		0,660	1,264 (0,445-3,592)
+ 6 meses		0,181	0,515 (0,195-1,362)
Primeira vez com dor	0,139		

Sim*			1
Não		0,202	1,593 (0,779-3,258)
Medicação para dor atual	0,152		
Não*		0,073	2,021 (0,937-4,359)
Sim			1
Origem da dor	0,125		
Não específica*			1
Específica (traumática + pós-cirúrgica + específica inflamatória)		0,916	1,040 (0,499-2,170)
Tipo de dor	0,185		
Nociceptiva*			1
Mista		0,988	0,992 (0,367-2,681)
Neuropática		0,016	5,419 (1,370-21,430)
Variáveis Psicossociais			
Função AVD's	0,148		
Nada/ Ligeiramente*			1
Moderado/Muito/Muitíssimo		0,103	1,826 (0,885-3,769)
Participação Social/Hobbies	0,126		
Nada/ Ligeiramente*			1
Moderado/Muito/Muitíssimo		0,680	1,168 (0,559-2,441)
Cognição/Percepção Somática:			
Catastrofização	0,126		
Não*			1
Sim		0,733	1,151 (0,514-2,580)
Medo-Evitamento	0,151		
Não*			1
Sim		0,082	2,005 (0,916-4,388)
Crenças c/ tratamento	0,131		
Não*			1
Sim		0,391	0,700 (0,311-1,579)
Comportamento/Estratégias de coping:			
Evitamento	0,143		
Não*			1
Sim		0,147	0,565 (0,261-1,221)
Redução da atividade	0,126		
Não*			1
Sim		0,654	1,193 (0,552-2,577)
Autoeficácia	0,161		
Sim*			1
Não		0,050	0,313 (0,098-1,002)
Comportamento ativo	0,146		
Sim*			1
Não		0,166	0,207 (0,022-1,929)
Ansiedade	0,155		
Nada/ Ligeiramente*			1
Moderado/Muito/Muitíssimo		0,062	2,005 (0,965-4,164)

Dor moderada-severa (média) – das últimas 4 semanas

Variável independente	R ² Nagelkerke	P value	Adjusted OR (CI 95 %)
Fatores Demográficos e Socioeconómicos			
Variáveis Pessoais			
Idade	0,054		
18-40*			1
41-65		0,432	1,389 (0,612-3,149)
>65 anos		0,979	0,987 (0,378-2,575)
Sexo	0,054		
Masculino*			1
Feminino		0,072	1,967 (0,942-4,108)
IMC	0,089		
<25*			1
25-30		0,215	0,626 (0,299-1,311)
>30		0,306	2,348 (0,457-12,055)
Habilitações Literárias	0,090		
Licenciatura+Mestrado+Doutoramento*			1
Secundário		0,097	2,097 (0,875-5,029)
Até 9 ° ano		0,103	2,151 (0,857-5,402)
Meio	0,082		
Urbano*			1
Rural		0,085	1,948 (0,912-4,164)
Tempo de deslocação	0,108		
0-10*			1
10-25		0,035	2,6 (1,070-6,319)
>25		0,155	2,471 (0,711-8,589)
Estado Civil	0,056		
Solteiro/ Casado/ União Facto*			1
Viúvo/ Divorciado		0,591	0,721 (0,218-2,382)
Agregado Familiar	0,090		
Conjuge/Agregado/ Outros*			1
Sozinho(a)		0,049	0,393 (0,155-0,996)
Suporte familiar	0,054		
Concordo*			1
Discordo+Não concordo/Não discordo		0,994	0,996 (0,302-3,280)
Variáveis Ocupacionais			
Situação Profissional	0,069		
Trabalhar+Estudante+Doméstico*			1
Baixa (2 tipos)		0,486	1,537 (0,459-5,144)
Reformado		0,774	0,732 (0,087-6,180)
Desempregado		0,303	2,396 (0,454-12,640)
Tipo de Trabalho:			
Predominantemente em pé	0,172		
Não*			1
Sim		0,032	2,702 (1,087-6,717)
Predominantemente sentado	0,149		
Não*			1
Sim		0,086	0,448 (0,179-1,120)
Mesma posição	0,114		
Não*			1
Sim		0,607	1,348 (0,431-4,212)
Cargas >10kg	0,197		
Não*			1

	Sim		0,020	5,194 (1,303-20,701)
Movimentos repetidos		0,192		
	Não*			1
	Sim		0,015	3,246 (1,255-9,397)
Grau de Satisfação Laboral		0,132		
Satisfeito*				1
Insatisfeito			0,218	2,190 (0,629-7,617)
Stress Ocupacional		0,111		
0-3 (baixo-moderado) *				1
4-5 (elevado)			0,947	1,030 (0,432-2,453)
Ausência laboral		0,144		
Não*				1
Sim			0,122	2,318 (0,799-6,728)
Baixa remunerada no último ano		0,142		
Não*				1
Sim			0,129	2,192 (0,796-6,041)
Situação Económica		0,072		
Muito Satisfatória*				1
Satisfatória			0,255	2,211 (0,564-8,672)
Insatisfatória			0,652	1,429 (0,303-6,743)
Variáveis do Estado Global de Saúde				
Problemas com o sono		0,116		
Nunca*				1
Rara/Algumas vezes			0,287	1,538 (0,697-3,396)
Freq/ Sempre			0,015	4,923 (1,367-17,722)
Nível de Atividade Física		0,075		
5-7 dias*				1
2-4 dias			0,339	0,568 (0,178-1,812)
0-1 dia			0,971	1,021 (0,335-3,105)
Comorbilidades/ Problemas de saúde		0,051		
Não*				1
Sim			0,921	0,961 (0,437-2,114)
Número de comorbilidades		0,075		
1*				1
2 ou mais			0,785	0,835 (0,227-3,065)
Hábitos Tabágicos		0,071		
Não*				1
Sim			0,612	1,290 (0,482-3,455)
Ex-fumador			0,194	2,399 (0,641-8,978)
Hábitos Alcoólicos		0,074		
Não*				1
Sim, raramente			0,474	0,725 (0,300-1,175)
Sim, frequentemente + todos os dias			0,142	0,389 (0,110-1,372)
Fatores Clínicos				
Variáveis Clínicas				
Nº locais de dor		0,058		
1 local*				1
2 locais			0,555	0,756 (0,299-1,912)
3 ou mais			0,804	1,202 (0,280-5,151)
Duração da dor		0,059		
Até 6 semanas			0,552	1,323 (0,526-3,324)
6 semanas – 6 meses			0,526	1,315 (0,564-3,063)
+ 6 meses*				1
Primeira vez com dor		0,054		
Sim*				1

Não		0,808	0,917 (0,454-1,851)
Medicação para dor atual	0,061		
Não*			1
Sim		0,379	1,428 (0,645-3,161)
Origem da dor	0,085		
Não específica*			1
Específica (traumática + pós-cirúrgica + específica inflamatória)		0,066	0,500 (0,239-1,048)
Tipo de dor	0,093		
Nociceptiva*			1
Mista		0,484	1,430 (0,525-3,896)
Neuropática		0,074	4,168 (0,871-19,943)
Variáveis Psicossociais			
Função AVD's	0,060		
Nada/ Ligeiramente*			1
Moderado/Muito/Muitíssimo		0,430	1,335 (0,651-2,738)
Participação Social/Hobbies	0,057		
Nada/ Ligeiramente*			1
Moderado/Muito/Muitíssimo		0,589	1,228 (0,582-2,592)
Cognição/Percepção Somática:			
Catastrofização	0,113		
Não*			1
Sim		0,015	3,091 (1,242-7,693)
Medo-Evitamento	0,079		
Não*			1
Sim		0,105	1,945 (0,870-4,345)
Crenças c/ tratamento	0,054		
Não*			1
Sim		0,849	1,083 (0,477-2,460)
Comportamento/Estratégias de coping:			
Evitamento	0,092		
Não*			1
Sim		0,043	0,464 (0,220-0,977)
Redução da atividade	0,056		
Não*			1
Sim		0,599	1,227 (0,572-2,632)
Autoeficácia	0,055		
Sim*			1
Não		0,743	1,199 (0,406-3,547)
Comportamento ativo	0,060		
Sim*			1
Não		0,445	1,954 (0,350-10,904)
Ansiedade	0,066		
Nada/ Ligeiramente*			1
Moderado/Muito/Muitíssimo		0,246	1,555 (0,738-3,280)

Anexos

Anexo I – Parecer nº 65ª/HC/2021 da Comissão Especializada de Ética em Investigação



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº65A/HC/2021

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética em Investigação da ESS/IPS, com o estudo revisto com base no parecer emitido anteriormente por esta Comissão, sob o título "Perfil epidemiológico, risco de incapacidade persistente e qualidade de vida em pessoas com dor de origem musculoesquelética que recorrem aos tratamentos de Fisioterapia", apresentado pelo docente Diogo Pires, orientador das estudantes Cristiana Mota e Hermínia Ribeiro do Curso de Mestrado em Fisioterapia - Ramo de Condições Músculo- Esqueléticas, que têm como orientador Eduardo Cruz.

PARECER

Considerando a ressubmissão do dossier à CEEI onde se verifica:

- 1) ter havido uma revisão da escrita no geral;
- 2) ter sido introduzida nota de clarificação enquadrando a situação pandémica atual;
- 3) ter sido atualizada a carta explicativa do estudo 1 e a declaração de consentimento informado do estudo 2;
- 4) terem sido corrigidos os detalhes inadequados relativos ao "Questionário Europeu de Qualidade de Vida" e "STarT MSK Tool";
- 5) terem sido acrescentados os duplicados dos formulários de consentimentos informado dos três estudos;
- 6) terem sido corrigidos os cronogramas apresentados;

emite-se parecer favorável decorrente da revisão segundo as recomendações, considerando-se cumpridos os requisitos éticos para a realização do estudo.

2 fevereiro 2021

Pela CEEI-ESS

Lucia Alves