



Lúcia Gomes

**Prioridades de Investigação em  
Fisioterapia músculo-esquelética  
em Portugal utilizando o método  
modificado de Delphi**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia

**Orientador: Professor Doutor Eduardo Cruz**

Novembro de 2018

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

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

A candidata,

*Lúcia Catarina Soares Gomes*

(Lúcia Catarina Soares Gomes)

Setúbal, 28 de novembro de 2018

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

O orientador,

---

(Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz)

Setúbal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## RESUMO

### **Prioridades de Investigação em Fisioterapia Músculo-Esquelética em Portugal utilizando o método modificado de Delphi**

Lúcia Gomes; Eduardo Cruz; Diogo Pires

**Introdução e Objetivos:** Nos últimos anos tem existido uma crescente ênfase na necessidade dos profissionais realizarem a sua prática informada pela evidência (PIE) científica. De forma a promover a PIE, a integração das questões e necessidades da prática clínica nas prioridades da investigação científica têm sido recomendadas. O objetivo principal deste estudo foi identificar as prioridades de investigação em fisioterapia na área da músculo-esquelética em Portugal.

**Metodologia:** Foi utilizado o método modificado de *Delphi* para a identificação das prioridades de investigação através do consenso nacional. Foram convidados 360 potenciais participantes, divididos por cinco painéis: *experts*, docentes, educadores clínicos e mestres em fisioterapia músculo-esquelética, e indivíduos com uma condição clínica na mesma área. Na ronda 1 foi pedido que fossem identificadas entre 3-5 prioridades de investigação, e após análise de conteúdo foram identificados os temas. Na ronda 2 e 3 foi pedido aos participantes que graduassem a importância dos temas numa escala de *Likert* de 1-5. O grau de consenso foi obtido com a média  $\geq 4$ , mediana  $\geq 4$ , coeficiente de variação  $\leq 30\%$ , e  $\geq 80\%$  de consenso. Foi utilizado o coeficiente de concordância de *Kendall* para avaliar o consenso.

**Resultados:** A percentagem de resposta nas três rondas variou entre 28,8- 32,7%. Na ronda 1 (n=116) foram identificados os tópicos de investigação, que após a análise de conteúdo foram categorizados em 21 temas. Na ronda 2 identificaram-se 18 temas como sendo os mais importantes, tendo reduzido para 10 a ronda 3. O coeficiente de concordância de *Kendall* foi de 0,100 e 0,112 na ronda 2 e 3, respetivamente.

**Conclusões:** A partir de um processo de consenso nacional envolvendo fisioterapeutas de condições músculo-esqueléticas e utentes com estas condições foram identificados e graduados temas de investigação em fisioterapia. Os temas de investigação identificados representam áreas em evolução de importância para a fisioterapia músculo-esquelética maximizando o foco no desenvolvimento da base de evidências.

**Palavras chaves:** Prioridades de Investigação; Fisioterapia Músculo-Esquelética; Método Modificado de Delphi

## ABSTRACT

### **Musculoskeletal Physiotherapy Research Priorities in Portugal using a modified Delphi method**

Lúcia Gomes; Eduardo Cruz; Diogo Pires

**Introduction and Objectives:** Over the past years, there has been an increasing emphasis on the need for physiotherapist to take an evidence-based practice (EPB). In order to promote EBP the integration of clinical practice issues and needs into the priorities of scientific research have been recommended. The study's main objective is to identify musculoskeletal physiotherapy research priorities in Portugal.

**Methodology:** The modified Delphi method was used to identify research priorities through the national consensus. 360 participants were invited, divide into five panels: experts, teachers, clinical educators and masters in musculoskeletal physiotherapy, and individuals with a clinical condition in the same area. In round 1 request to identify 3-5 research priorities, and after content analysis the themes were identified. In round 2 and 3 the participants were asked to grade the themes importance on a 1-5 Likert scale. Level of consensus was established with a mean rating  $\geq 4$ , median  $\geq 4$ , coefficient of variation  $\leq 30\%$ , e  $\geq 80\%$  agreement. Consensus across participants was evaluated using Kendall's coefficient of concordance (W).

**Results:** The response rate in the three rounds ranged from 28,8-32,7%. In round 1 (n=116), research topics were identified, which after the content analysis categorized into 21 themes. In round 2, 18 themes were identified as being the most important, having reduced to 10 in round 3. The Kendall's coefficient of concordance was 0.100 and 0.112 in round 2 and 3, respectively.

**Conclusions:** From a national consensus process involving stakeholders – musculoskeletal physiotherapist and users, research topics in physiotherapy were identified and graded. The identified research topics represent important areas for musculoskeletal physiotherapy, maximizing the focus on the development of evidence base.

**Keywords:** Research Priorities, Musculoskeletal Physiotherapy, Modified Delphi Method

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
METODOLOGIA.....	9
Participantes .....	10
Recolha de dados.....	12
Análise de dados.....	13
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	16
Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	17
Ronda 1.....	19
Ronda 2.....	21
Ronda 3.....	23
DISCUSSÃO.....	25
Perspetivas futuras.....	31
CONCLUSÕES.....	33
REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
Apêndice A.....	40
Apêndice B.....	46
Apêndice C.....	50
Apêndice D.....	51
Apêndice E.....	53
Apêndice F.....	56
Apêndice G.....	59
Apêndice H.....	88
Apêndice I.....	98
Apêndice J.....	100

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 -Painéis de participantes.....	10
Figura 2 – Fluxograma .....	17

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra na Ronda 1 _____	17
Tabela 2 – Caracterização do contexto profissional dos painéis 1, 2, 3 e 4 _____	18
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica do painel 5 _____	19
Tabela 4 - Categorias e temas identificados pelos participantes na ronda 1 _____	20
Tabela 5 - Graduação dos temas na Ronda 2 _____	22
Tabela 6 - Graduação dos temas na Ronda 3 _____	24

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CME - Condições Músculo-Esqueléticas

CSP – The Chartered Society of Physiotherapy

CV – Coeficiente de variação

ECA – Ensaio Clínicos Aleatorizados

FCME – Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas

GIFME – Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética

IFOMPT - The International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEDro – Physiotherapy Evidence Database

PI – Prioridades de investigação

PIE – Prática Informada pela Evidência

PIF – Prioridades de investigação em fisioterapia

PIFCME - Prioridades de investigação em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas

RS – Revisões sistemáticas

## INTRODUÇÃO

A necessidade dos profissionais se atualizarem continuamente sobre as diferentes áreas e temáticas com as quais trabalham diariamente, seja na área da saúde ou noutras áreas, é atualmente uma preocupação generalizada. Esta necessidade surge da rapidez do desenvolvimento tecnológico e científico a que assistimos atualmente, mas também do crescimento exponencial da investigação e disseminação de novo conhecimento, que desafia os profissionais a manterem-se permanentemente atualizados relativamente à melhor evidência disponível (Kumar, Grimmer-Somers, & Hughes, 2010; Lizarondo, Grimmer-Somers, & Kumar, 2011). Consequentemente, e nas últimas décadas, assistimos a um ênfase crescente na necessidade dos profissionais de saúde, e dos fisioterapeutas em particular, desenvolverem uma prática informada pela evidência (PIE) científica (Rushton, Fawkes, Carnes, & Moore, 2014).

Embora a importância da PIE seja amplamente reconhecida, não existe ainda uma definição que seja aceite por todos os profissionais e investigadores. *Sackett et al* (1996) descreveram inicialmente a medicina baseada na evidência como “a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado individual do utente” (D. Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). No entanto, em 2000 o mesmo autor atualizou este conceito – sendo aquele que, atualmente, é mais comumente descrito - como “a integração da expertise clínica individual, das perspetivas dos utentes e da melhor evidência disponível” (D. Sackett, Straus, & Richardson, 2000). A expertise clínica refere-se à experiência, educação e capacidades clínicas dos profissionais de saúde enquanto as perspetivas dos utentes se traduzem nas suas preferências pessoais e preocupações, expectativas e valores únicos. Desta forma, é esperado que a integração destas duas componentes juntamente com a garantia de que os cuidados individuais de saúde são fundamentados por evidência científica de qualidade resulte em melhores resultados clínicos (Nast et al., 2015; Rushton et al., 2014; Rushton & Moore, 2010; D. L. Sackett & Haynes, 2002).

Na área da fisioterapia tem-se verificado uma atenção crescente relativamente à criação de condições que promovam a PIE tanto em ambiente clínico como académico, particularmente na formação pós-graduada (Foster, Dziedzic, van der Windt, Fritz, & Hay, 2009). Este investimento não só a nível de desenvolvimento profissional mas também a

nível do crescimento de uma base de investigação de qualidade apresenta como principal objetivo a melhoria da efetividade da prática clínica e dos resultados no consumidor desses mesmos cuidados (Nast et al., 2015; Rushton et al., 2014; Rushton & Moore, 2010). Além disso, a utilização da PIE promove a proficiência da prática dos fisioterapeutas e auxilia na prevenção do uso indevido, do sobre uso, ou mesmo da subutilização dos serviços de saúde (Kumar et al., 2010; Scurlock-Evans, Upton, & Upton, 2014).

Atualmente, e de forma cada vez mais pronunciada, os fisioterapeutas sentem a obrigação ética de basear as suas tomadas de decisões em investigação recente de qualidade e afastar-se das tomadas de decisões baseadas somente na opinião e na experiência (Bozzolan, Simoni, Balboni, Fiorini, & Bombardi, 2014; Kumar et al., 2010; Scurlock-Evans et al., 2014). São, assim, motivados a aceder à investigação mais atual e de melhor qualidade para atualizar o seu conhecimento e as suas capacidades clínicas.

Concomitantemente, a comunidade científica tem vindo a desenvolver cada vez mais projetos de investigação. Em 2002, *Moseley et al.* (2002) realizaram uma análise sobre a quantidade de estudos divulgados na *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) – revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos aleatorizados (ECAs). Após a análise, foi verificada a existência de uma base de investigação significativa e de alta qualidade composta por 332 revisões sistemáticas e 2376 ECAs sobre a efetividade da fisioterapia. (Moseley, Herbert, Sherrington, & Maher, 2002). Mais tarde, em 2010, o *British Journal of Sports Medicine* (*BJSM*) publicou um artigo no qual descrevia o crescimento exponencial da base de investigação PEDro, duplicando o número de estudos disponíveis a cada 3.5 anos (Sherrington, Moseley, Herbert, Elkins, & Maher, 2010). Já em 2014 foi realizada a última análise publicada a esta base de dados, que em Outubro desse mesmo ano indexava 23049 ECA's, 5039 revisões sistemáticas e 512 guidelines (Kamper et al., 2015).

Apesar do grande e crescente volume de investigação disponível na área da fisioterapia e dos benefícios evidentes da PIE, a sua integração na prática clínica dos fisioterapeutas tem sido inconsistente (Marshall, 2004; Scurlock-Evans et al., 2014). Este problema tem sido identificado em vários estudos sendo partilhado quer por investigadores como por clínicos que sugerem a baixa relevância e compatibilidade da PIE na prática clínica (Dannapfel, Peolsson, & Nilsen, 2013; Scurlock-Evans et al., 2014). *Scurlock-evans et al* (2014) realizaram uma revisão sistemática sobre as atitudes dos profissionais de saúde

face à integração da literatura científica na sua prática clínica. Apesar de grande parte dos fisioterapeutas apresentarem atitudes positivas face à PIE, são referidas diversas barreiras à implementação da PIE, nomeadamente a falta de tempo, aptidão para realizar a pesquisa e a interpretação de dados ou a carência de investigação de qualidade (Scurlock-Evans et al., 2014). Por sua vez, outros estudos têm sugerido que o défice de comunicação que existe entre os investigadores e os clínicos é uma das barreiras mais frequentemente referidas e que podem ajudar a explicar as lacunas entre a prática e a investigação (Dzewaltowski, Estabrooks, Klesges, Bull, & Glasgow, 2004; Nilsen, 2006).

Mais recentemente, *Jansen et al.* (2010) realizaram uma revisão narrativa da literatura cujo objetivo foi caracterizar e identificar potenciais diferenças no processo de identificação de problemas, métodos utilizados, implementação das decisões/ métodos e avaliação de resultados dos três grupos de intervenientes mais relevantes no contexto da Saúde Pública: políticos, investigadores e clínicos. Esta análise revelou diferenças importantes entre os vários grupos de intervenientes que tendem a dificultar a colaboração entre os mesmos bem como comprometer a efetividade das práticas em Saúde Pública. Uma das principais diferenças detetadas foi na identificação de prioridades que tendem a ser realizada de forma isolada entre grupos e com base em premissas distintas, apesar de emergirem do mesmo contexto. Os autores desta análise referem ainda que apesar dos clínicos se mostrarem aptos para identificar os problemas na clínica e avaliar criticamente a investigação, não se encontram, geralmente, tão preparados para desenhar e realizar projetos de investigação. Já os investigadores encontram-se mais habilitados para o desenho de projetos de investigação, apresentando maior dificuldade em identificar as problemáticas e prioridades da prática clínica que carecem de investigação (Jansen, Oers, Kok, & Vries, 2010; Turner, Ollerhead, & Cook, 2017). Esta conclusão foi reforçada por *Rushton & Moore* (2010) ao destacarem a importância da investigação ser desenvolvida por investigadores jovens abordando questões de investigação significativas para a prática clínica que poderão ser desenvolvidas, à *posteriori*, por estudos maiores e de melhor qualidade metodológica (Rushton & Moore, 2010).

Neste sentido, uma maior participação dos clínicos na investigação que vise facilitar a integração das questões e necessidade da prática na investigação científica tem sido fortemente recomendada (Mallonee, Fowler, & Istre, 2006; Scutchfield & Lamberth, 2010). A melhoria desta relação poderá contribuir para que os fisioterapeutas baseiem a

sua prática na evidência científica e que a lacuna entre a literatura e a prática seja reduzida. Quando a investigação não tem em conta os problemas e as questões que emergem na prática, esta parece não ser suficientemente relevante para a prática. De igual forma, se a prática não integra os conhecimentos gerados pela investigação, esta tende a não evoluir (Owen, 2014).

Assim, e de forma a garantir que este processo é aquele que melhor responde às necessidades dos profissionais e dos utentes, é essencial a integração dos clínicos e dos investigadores na definição de temas de investigação importantes para a fisioterapia (Jansen et al., 2010; Mallonee et al., 2006). Para além das razões já referidas, este modelo baseado na parceria da definição da investigação pode ainda reduzir o tempo em que os resultados da investigação demoram a ser implementados na prática (Jansen et al., 2010; Rushton & Moore, 2010). Esta perspetiva baseia-se em vários estudos que demonstraram existir uma lacuna média estimada de 17 anos no intervalo de tempo entre a publicação da literatura científica e a implementação na prática clínica, pelo que parece tornar-se relevante encontrar estratégias que melhorem a implementação dos resultados na prática (Morris, Wooding, & Grant, 2011; Westfall, Mold, & Fagnan, 2007).

A identificação partilhada de prioridades de investigação (PI) tem constituído uma estratégia amplamente utilizada na área da saúde que visa melhorar a orientação da investigação científica para as questões emergentes da prática e posteriormente a sua implementação (Boaz, Hanney, Borst, Shea, & Kok, 2018; Mallonee et al., 2006; Rankin, Rushton, Olver, & Moore, 2012). O processo de identificação de PI, contribui não só para concentrar recursos humanos e financeiros, mas também para motivar os clínicos numa colaboração em torno dos mesmos objetivos determinando estratégias eficazes e melhorar a qualidade de serviços e segurança dos utentes (Rankin et al., 2012; Turner et al., 2017). Para além disto, a sua definição auxilia na identificação de lacunas ao nível do conhecimento, na potencialização de oportunidades de investigação, no desenvolvimento de uma base de evidências para a prática clínica e na coordenação de projetos de investigação a nível nacional e internacional (Foster et al., 2009; Rankin et al., 2012; Rushton & Moore, 2010).

A sua relevância em contexto académico deve ser também considerada. Em primeiro lugar para os estudantes que ingressam em mestrados ou pós-graduações, uma

vez que contactam com a área da investigação no âmbito do desenvolvimento das suas teses e dissertações (Rushton & Moore, 2010). Portanto, o processo de identificação de áreas de investigação prioritárias irá facilitar a tomada de decisão destes estudantes e maximizar as oportunidades de criação de evidência para o contexto prático com relevância para os seus consumidores e para os órgãos que financiam estas investigações (Rankin et al., 2012). Em segundo lugar, trata-se de um processo igualmente importante para os investigadores pelo direcionamento das suas investigações e dos recursos para a realidade clínica (Dzewaltowski et al., 2004). Assim, este processo deve ser realizado na parceria dos investigadores com os clínicos/*experts* da área, de forma a diminuir as lacunas entre a investigação e a prática e potenciar a identificação das principais e mais urgentes prioridades de investigação (Jansen et al., 2010).

Esta colaboração entre clínicos/*experts* e investigadores na identificação de PI tem vindo a ser desenvolvida em múltiplos projetos na última década. Autores originários da América do Norte, Reino Unido, Holanda e Suíça já se debruçaram sobre esta temática (Foster et al., 2009; Nast et al., 2015; Ota et al., 2008; Rankin et al., 2012) enquanto as PI têm sido igualmente identificadas em diferentes áreas da saúde como enfermagem (Morley et al., 2014), odontologia (Cramer et al., 2008), unidades de cuidados intensivos pediátricos (Ramelet, Gill, & The ACCCN Paediatric Intensive Care Special Interest Group, 2012) e osteopatia (Rushton et al., 2014).

Também na área da fisioterapia este tem sido um tema, recentemente, reforçado. A *Chartered Society of Physiotherapy* (CSP) reconheceu a importância de garantir que a investigação decorra nas áreas de maior prioridade sendo igualmente significativo a revisão regular da base de evidência para a fisioterapia. Este reconhecimento foi produto de dois exercícios de definição de prioridades realizados anteriormente, que conduziram ao aumento da base de evidências em fisioterapia e à potencialização da capacidade de investigação (CSP, 1998, 2002).

No contexto da Fisioterapia, *Rushton & Moore* (2010) realizaram um estudo de identificação de prioridades de investigação em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas (PIFCME) para serem estudadas em cursos pós-graduados. Participaram neste estudo coordenadores de cursos pós-graduados e *experts* clínicos (n=91) identificados pelos membros da *International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical*

*Therapists* (IFOMPT). A priorização foi realizada através do método modificado de *Delphi* subdividido em três rondas, nas quais foram identificados e priorizados 43 temas ou perguntas de investigação. Neste estudo foram identificados temas como o desenvolvimento profissional, validade de instrumentos de avaliação, prática baseada na evidência, classificação/subgrupos/perfil de síndromes comuns e a investigação baseada no utente, entre outros. Questões relacionadas com biomecânica, eficácia clínica e custo-efetividade não foram identificadas como importantes e/ou viáveis. Pelo contrário, a confiabilidade e a validade dos instrumentos de avaliação foram aqueles que obtiveram maior consenso/importância entre os participantes. (Rushton & Moore, 2010).

Após dois anos, a CSP (2012) realizou um exercício de identificação de prioridades de investigação em fisioterapia (PIF) a nível nacional de forma a fomentar a PIE na Fisioterapia. Este estudo foi realizado não só na área da ME, como na neurologia, cardiorrespiratória, saúde física e mental e bem-estar. No entanto, foi a área da fisioterapia músculo-esquelética (FCME) que obteve maior número de tópicos de investigação sugeridos (185) e que tinha maior número de participantes convidados (n=61). Apesar do número de tópicos sugeridos na ronda 1, no final da ronda 3 resultaram apenas 24 temas de investigação priorizados. Neste estudo, os três temas que apresentaram maior consenso referem-se a estratégias de aderência dos utentes a programas de exercícios, à prescrição de exercício em condições crónicas, e ao custo-efetividade da fisioterapia no síndrome patelo-femural. Por sua vez, temas como a efetividade da gestão em fisioterapia, a prática centrada no utente, desenvolvimento profissional e avaliação não foram considerados temas prioritários (Rankin et al., 2012).

Também na Suíça, em 2015, foi realizado um estudo semelhante na área da fisioterapia, em que foram convidados 420 indivíduos (fisioterapeutas, médicos, utentes, membros de organizações de saúde, entre outros). Este estudo foi constituído por duas rondas, no final das quais foram identificados 10 temas prioritários. Os temas que obtiveram maior consenso relacionaram-se com o impacto de diferentes tipos de intervenções bem como das suas características (duração; frequência; intensidade) em *outcomes* relevantes a nível individual (utente) e para a sociedade nomeadamente na qualidade de vida, autonomia da população envelhecida ou redução do absentismo laboral. Mais uma vez, a área da FME foi aquela que apresentou maiores valores de média de importância para a realidade deste país. O que foi observado na análise quantitativa, é que

a importância atribuída aos temas variava de acordo com as características dos participantes. Por exemplo, para os membros representativos de organizações nacionais de saúde a prevenção foi considerada um tema bastante importante, no entanto, para fisioterapeutas e docentes, o desenvolvimento profissional posicionou-se acima da prevenção (Nast et al., 2015).

Em Portugal, apesar do investimento e da elevada proporção dos estudos que são finalizados anualmente, pouco se conhece acerca das principais temáticas em estudo, bem como da sua coordenação. Eventualmente, a inexistência de uma abordagem sistemática no desenvolvimento da investigação em fisioterapia conduz, à produção de investigação sem transferibilidade para a clínica e à falta de investigação sobre problemáticas que os fisioterapeutas encontram na sua prática. Assim, a melhoria da comunicação entre produtores de conhecimento científico e os consumidores poderá reduzir o desperdício de evidências que poderiam ser úteis e aplicáveis na prática clínica e contribuir para os resultados da intervenção. Perante a ausência de uma estratégia coordenada de investigação na área da Fisioterapia em Portugal, a identificação de PI que resultem da interação dos vários intervenientes poderá trazer benefícios evidentes para todos os intervenientes e a nível profissional.

Estudos de carácter epidemiológico têm demonstrado quer a em nível mundial (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017) como em Portugal (Branco et al., 2016), que as condições músculo-esqueléticas (CME) são o problema de saúde pública mais prevalente e com maior impacto na população. Por exemplo, a nível mundial a dor lombar crónica é a condição de saúde mais frequente, verificando-se o mesmo em Portugal (26,4%). Por sua vez, as condições periarticulares (15,8%) são a segunda condição de saúde mais prevalente em Portugal seguindo-se a osteoartrose do joelho (12,4%) (Branco et al., 2016; GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017). Assim, e considerando o papel da Fisioterapia nestas condições de saúde, nomeadamente na redução da dor e incapacidade associadas (Branco et al., 2016), a identificação de PI na área da Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas tende a ser urgente e uma prioridade para o contexto clínico.

Assim, e face ao exposto, o Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde em parceria com o Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética da

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, conscientes da necessidade de, articular a produção científica com os problemas de saúde das populações, maximizar oportunidades de desenvolver uma prática informada pela evidência, influenciar potenciais entidades no apoio financeiro, e facilitar a coordenação de estudos a nível nacional e promover a colaboração internacional, entenderam promover o estudo das prioridades de investigação nesta área, integrando a perspetiva de fisioterapeutas, utentes e investigadores. Assim, e com este estudo, pretendeu-se identificar as prioridades de investigação em fisioterapia na área das condições músculo-esquelética em Portugal com a finalidade de criar uma agenda de investigação e auxiliar na tomada de decisão sobre projetos/estudos futuros a desenvolver nas instituições académicas e/ ou fisioterapeutas na sua prática clínica.

## METODOLOGIA

De forma a identificar e priorizar as PI em FCME em Portugal e contribuir para a criação de uma agenda de investigação na mesma área, utilizou-se o método modificado de *Delphi*. O método de *Delphi* é uma técnica de consenso, descrita pela primeira vez em 1950, definida como um método para a recolha e agregação sistemática de julgamentos informados de um grupo de peritos sobre questões específicas ou problemas (Reid, 1993). Este método tem sido frequentemente utilizado por fisioterapeutas e outros profissionais em estudos de priorizações, com o objetivo de alcançar o consenso sobre um tópico específico (Goldstein et al., 2011; Nast et al., 2016; Rushton et al., 2014; Rushton & Moore, 2010).

O método modificado de *Delphi* é um processo iterativo com um objetivo específico para cada uma das rondas de recolha de dados (Rowe, Wright, & Bolger, 1991). Neste estudo utilizou-se três rondas desenvolvidas de acordo com a literatura existente, criando assim o número de rondas necessárias para atingir o objetivo do estudo (Walker, 1994). A iteratividade deste método permitiu aos participantes alterar ou desenvolver as suas opiniões, enquanto que o *feedback* supriu mais informações do que os dados do consenso. A utilização deste método não só conduz à potencialização dos benefícios da utilização de um painel de *experts* como também diminui as potenciais desvantagens da tomada de decisão coletiva pelo emprego do anonimato (Black, 2011).

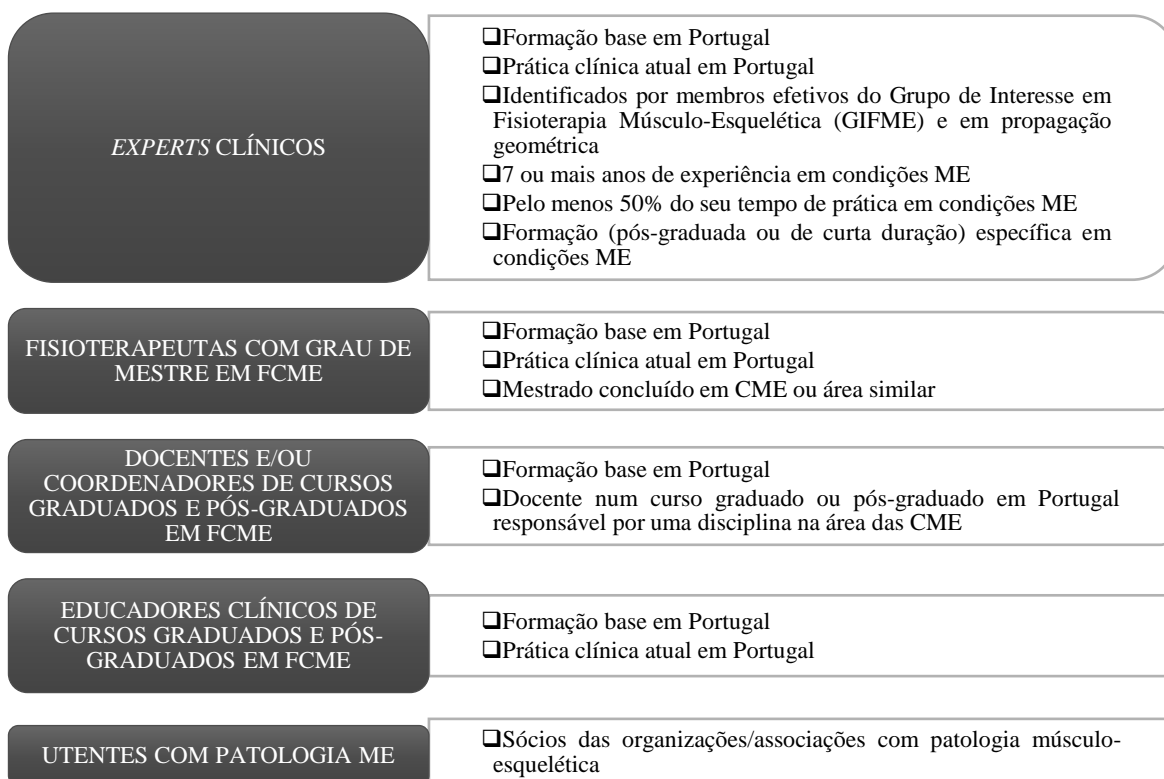
Assim, e para cada uma das rondas foi desenvolvido um formulário específico. Na ronda 1 pretendeu-se que os participantes identificassem e justificassem tópicos relevantes a ser investigados na área da FCME. Nas rondas seguintes foi solicitado aos participantes que priorizassem os temas resultantes da primeira ronda previamente analisados por dois investigadores independentes.

O presente estudo foi submetido à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde (CEEI-ESS), Instituto Politécnico de Setúbal, que verificou todos os aspetos éticos inerentes a este estudo, aprovando a sua realização (Apêndice E).

## Participantes

Para a realização do estudo recorreremos a uma amostra teórica de fisioterapeutas (*experts* clínicos; mestres; educadores clínicos; docentes) e utentes de associações portuguesas de CME subdivididos em cinco painéis (Figura 1). O painel de *experts* clínicos foi identificado através do Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética (GIFME) da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas enquanto os restantes painéis de fisioterapeutas foram identificados através dos coordenadores de licenciatura e mestrados em FCME de várias instituições de ensino superior em Portugal. Por sua vez, os utentes e representantes de utentes foram identificados via associações de utentes portuguesas relacionadas com a área de CME. A integração de vários painéis tem vindo a tornar-se cada vez mais relevante e utilizada por estudos de priorização de temas de investigação (Nast et al., 2015; Rankin et al., 2012), promovendo o impacto deste tipo de investigação na prática (Boaz et al., 2018; Tallon, Chard, & Dieppe, 2000).

**FIGURA 1 -PAINÉIS DE PARTICIPANTES**



Os potenciais participantes foram posteriormente identificados, de acordo com critérios predefinidos (Figura 1), e recrutados via *e-mail*. O processo de identificação dos *experts* clínicos foi iniciado por membros efetivos do GIFME, sendo utilizado o método de propagação geométrica “*snowball*” (Marôco, 2011). Foi enviado um *e-mail* a cada membro efetivo do GIFME, explicando o estudo que se iria desenvolver e solicitando a colaboração dos mesmos para a identificação de cinco fisioterapeutas que preenchessem os critérios de seleção para os *experts*. Posteriormente, o processo repetiu-se pedindo-se aos segundos que também identificassem 5 *experts*.

Os docentes e educadores clínicos<sup>1</sup> da área da FCME foram identificados com a colaboração dos coordenadores de curso e docentes de unidades curriculares na área da FCME de 5 instituições de ensino superior públicas de diferentes regiões do país. Foi enviado *e-mail* aos coordenadores de curso de Fisioterapia a solicitar a colaboração na identificação de colegas que lecionassem na área da ME, e na identificação de educadores clínicos que colaborassem com as instituições de ensino referidas também na área das condições músculo-esqueléticas. Da mesma forma, os fisioterapeutas com grau de mestre foram identificados com a colaboração dos coordenadores de mestrado, das mesmas instituições que também lecionavam formação pós-graduada na área das condições músculo-esqueléticas.

Foram convidadas quatro instituições/organizações portuguesas relacionadas com a área de CME, mas apenas a Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica- MYOS se mostrou disponível a colaborar em tempo útil. Os utentes com patologia músculo-esquelética foram identificados por esta organização à qual foi pedida colaboração para reencaminhar aos seus sócios um *e-mail* no qual se explicava brevemente o estudo e o seu objetivo. Após este processo, os sócios interessados em tomar parte do estudo entraram em contacto com a investigadora e foi-lhes enviado um *e-mail* com o convite e a carta explicativa do estudo.

---

<sup>1</sup> Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Coimbra; Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Saúde

## **Recolha de dados**

Após a identificação dos participantes e verificação dos critérios de elegibilidade, todos os potenciais participantes foram convidados a participar no estudo através do envio de um convite, carta explicativa do estudo, consentimento informado, e posterior acesso eletrónico direto aos formulários (envio da hiperligação) via *e-mail*. Durante todo o processo foi assegurada a confidencialidade de cada participante e o anonimato das suas respostas.

Para cada ronda foi desenvolvido um formulário através do *software LimeSurvey*, posteriormente disponibilizado *online*. Antes de iniciar o período de recolha de dados realizou-se um estudo piloto cujo objetivo foi testar o *software online*, avaliar a adequabilidade do tempo estabelecido em que o formulário esteve disponível, a percentagem de resposta nesse mesmo período, e melhorar as instruções dos formulários (Apêndice A). O estudo piloto foi constituído por três rondas, com a duração de duas semanas cada, apresentando uma percentagem de adesão de 53,3% (Apêndice B). No final, e de acordo com as sugestões/ recomendações dos participantes foram efetuados os reajustamentos necessários.

### **Ronda 1**

O primeiro formulário focou-se na perspetiva dos participantes sobre os temas e áreas prioritárias na fisioterapia músculo-esquelética. Todos os participantes foram convidados a identificar três a cinco tópicos a investigar e justificar a escolha dos mesmos. O objetivo foi identificar temas pertinentes na FCME em Portugal, que pudessem ser transformados em temas de investigação, baseando-se nas necessidades identificadas pelos participantes. Foi ainda integrado um formulário para cada painel de participantes que incluía questões do foro sociodemográfico (idade, género, escola de formação base, nível de escolaridade) e do foro profissional (anos de experiência, formação académica, tipo de prática) com o objetivo de caracterizar a amostra (Apêndice D). No caso do painel de utentes, o formulário foi adaptado de forma a caracterizar sumariamente as características sociodemográficas e a respetiva condição de saúde.

Todos os participantes receberam uma hiperligação direta e o respetivo código de acesso para o formulário via *e-mail*. Esta primeira ronda teve a duração de três semanas,

sendo que após a primeira e a segunda semana do envio da hiperligação foram enviados dois lembretes eletrônicos para aqueles que ainda não tivessem respondido ao formulário.

### **Ronda 2**

O objetivo desta ronda foi promover a priorização de cada um dos temas identificados após a análise da primeira ronda, conduzindo os resultados para um consenso. Todos os participantes receberam o *feedback* da primeira ronda, constituído pela lista de temas identificados na ronda 1. Os participantes foram convidados a graduar a importância de cada tema de investigação usando uma escala de *Likert* de 5 pontos (5 representa o grau mais elevado de importância- extremamente importante; 1 o grau mais baixo de importância- sem importância) com base na sua expertise clínica (Kerlinger & Lee, 2000).

Para aqueles que ainda não tivessem respondido ao formulário foram enviados dois lembretes eletrônicos, cinco e dez dias após o início desta ronda.

### **Ronda 3**

O objetivo desta ronda foi alcançar o consenso após a graduação dos temas que resultaram da análise de dados da ronda 2. Nesta ronda foi fornecido o *feedback* da ronda 2 com a lista dos temas que alcançaram o consenso estabelecido para esta mesma ronda bem como aqueles que não obtiveram consenso. Foi também dada oportunidade para os participantes realizarem os seus comentários e/ou sugestões. Posteriormente, os participantes foram, novamente, convidados a graduar cada tema utilizando a escala de *Likert* de 5 pontos anteriormente referida.

A terceira ronda esteve também disponível durante o período de duas semanas. Para aqueles que ainda não tivessem respondido ao formulário foram enviados dois lembretes eletrônicos, cinco e dez dias após o início desta ronda.

### **Análise de dados**

Neste estudo foram recolhidos dados qualitativos e quantitativos para informar as prioridades consensualizadas.

Assim, e no final da **ronda 1** foi realizada a análise de conteúdo que resultou no agrupamento e categorização de todos os temas reconhecidos como PIFCME pelos

participantes. Inicialmente foi definida uma base conceitual com a descrição de cada fase do processo de análise de forma a garantir que os dois investigadores seguiam os mesmos parâmetros durante as suas análises individuais (Apêndice C). Este processo foi composto por cinco diferentes fases: 1) seleção; 2) condensação e codificação da unidade de análise; 3) categorização dos códigos; 4) consensualização das categorias/subcategorias; 5) identificação dos temas. Inicialmente foi feito o levantamento de todos os dados - temas e respetivas justificações propostos pelos participantes. Após a transcrição dos dados, estes foram lidos e revistos pelos investigadores (DP; LG) de forma independente pelo menos duas vezes com o objetivo dos mesmos se familiarizarem com os termos. Seguidamente foi selecionada a unidade de análise que consistiu na seleção de palavras ou frases que contivessem aspetos relacionados entre si através do seu conteúdo e contexto. Após a seleção da unidade de significado, foi realizada a sua condensação que foi o processo no qual se reduz o texto mantendo o conteúdo manifesto do tema a investigar. As unidades de significado condensadas sofreram um processo de abstração e foram rotulados com um código. Este código foi entendido em relação com a questão de investigação durante o processo de codificação. Na etapa seguinte os diferentes códigos foram comparados com base nas suas semelhanças e classificados em categorias e subcategorias, constituindo o conteúdo manifesto dos tópicos sugeridos – categorização. No final desta etapa, as categorias foram reunidas, discutidas e revistas por dois investigadores (DP; LG). Foram, também, criadas três justificações para a eliminação de códigos: tópico fora do objetivo do estudo, tópico impercetível, tópico generalista. Foi considerado um tópico fora do objetivo qualquer tema fora do domínio da fisioterapia ou da FCME (por exemplo, temas relacionados com Fisioterapia Cardiorrespiratória ou Medicação). Um tópico impercetível foi aquele que se encontrava dentro do domínio da FCME, mas não foi possível prever a formulação de uma pergunta de investigação, não se percebendo o cerne do tópico. Por fim, um tópico generalista foi um tema que pela sua ampla abrangência não permite categorizar um tema (por exemplo, “Investigação em dor lombar”). A diferença entre as análises dos dois investigadores foi objeto de discussão resultando um consenso sobre como classificar os códigos. Por fim, o conteúdo latente das categorias foi utilizado para formular os temas de forma independente pelos dois investigadores. O tema foi definido como o fio condutor de um significado subjacente, refletido através das unidades condensadas de significado, códigos e categorias, a um nível interpretativo (Graneheim &

Lundman, 2004). Uma vez que todos os dados têm múltiplos significados, os temas não foram necessariamente exclusivos, pois uma unidade de significado/código/categoria pode surgir em mais do que um tema. À *posteriori*, os investigadores reuniram novamente as suas análises e realizam o processo de consensualização na identificação dos temas, seguindo o modelo de análise/revisão descrito anteriormente. Os temas identificados e consensualizados pelos investigadores foram aqueles que integraram a ronda 2.

Na **ronda 2 e 3**, todos os dados foram transferidos do *software online LimeSurvey* para o IBM SPSS *Statistics* 21.0, onde foram analisados. Na ronda 2, o consenso foi estabelecido para os temas de investigação que atingissem uma média  $\geq 4$ , mediana  $\geq 4$ , CV  $\leq 30\%$  e uma percentagem de consenso  $\geq 70\%$  (percentagem de participantes que pontuaram “4” = importante e “5” = extremamente importante na Escala de *Likert*) (Cross, 1999; Kerlinger & Lee, 2000). O CV representa a medida de dispersão relativa do valor da média (Diamond et al., 2014). Foi utilizado o coeficiente de concordância de *Kendall* (W) que avalia o grau de consenso entre os todos participantes na pontuação dos tópicos das PI (Cross, 1999; Sim & Wright, 2000). Este coeficiente é uma estatística não paramétrica usada para avaliar a concordância dos participantes variando de 0 (desacordo) a 1 (acordo).

Na **ronda 3** o consenso foi alcançado quando os critérios anteriormente referidos foram igualmente alcançados, com exceção da percentagem de consenso com limite inferior de 80% (superior à ronda 2 pela diminuição antecipada da variedade de respostas).

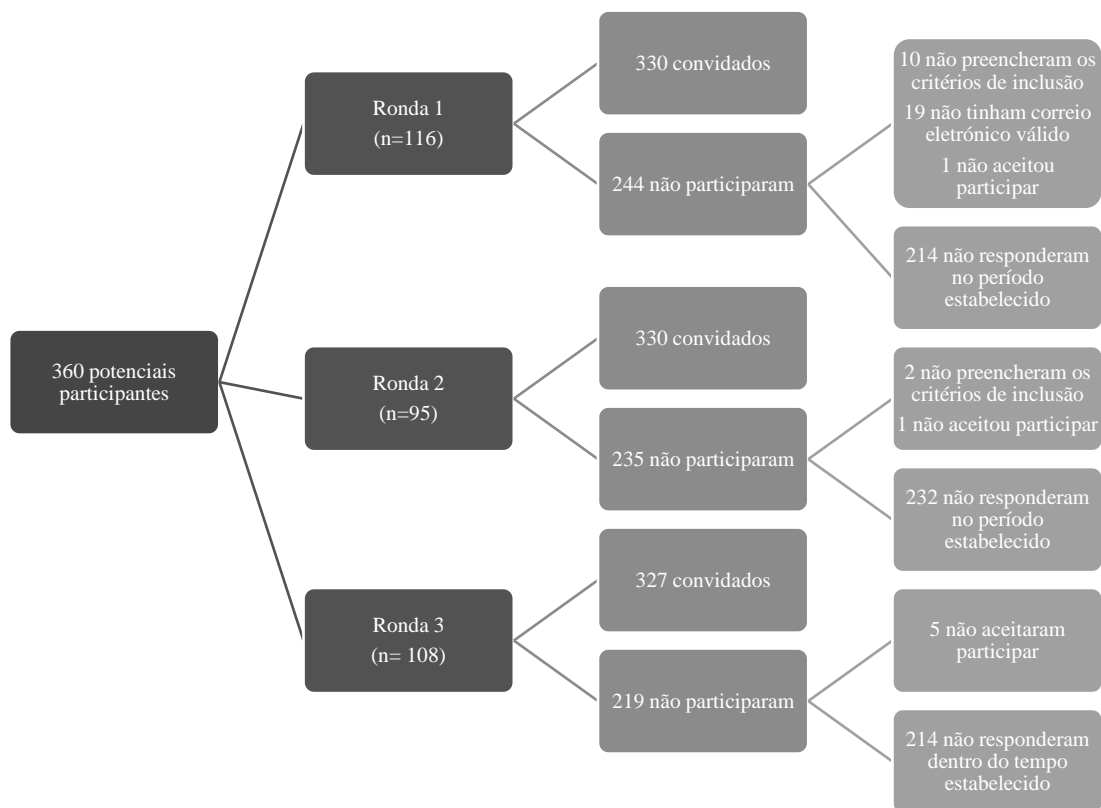
No que diz respeito às características sociodemográficas e de cariz profissional dos participantes estas foram analisadas com recurso à estatística descritiva. No caso das variáveis nominais foi utilizada a distribuição da frequência, e nas variáveis numéricas foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão (média e mediana) (Marôco, 2011).

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo foram identificados 360 potenciais participantes através do processo descrito no capítulo anterior. Destes 360 indivíduos, foram excluídos 10 por não preencherem os critérios de inclusão, 1 por não aceitar participar no estudo e 19 devido ao contacto eletrónico fornecido não ser válido. Na ronda 1, dos 330 indivíduos, 214 não preencherem o formulário dentro do período estabelecido. Para participar na ronda 2 foram convidados os mesmos 330 participantes, sendo que 2 deles foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão, 1 deles não aceitou participar no estudo por indisponibilidade horária e os restantes 232 não responderam dentro do período estabelecido. Por fim, na ronda 3 foram convidados 327 participantes, sendo que 5 deles não aceitaram participar no estudo e os restantes 214 não participaram por não responderam dentro do período estabelecido (Figura 2).

Durante a análise estatística e de conteúdo na ronda 1 verificou-se ainda que 5 dos participantes não identificaram nenhum tema de investigação (apesar de terem submetido o formulário *online*), 1 dos participantes não preenchia os critérios de inclusão (foi indicado como pertencente ao painel de mestres, no entanto não possuía o título de mestre em FCME) e 2 participantes apresentaram um erro técnico ao preencher os dados sociodemográficos (idade e número de anos com diagnóstico de CME com mais de 4 casas decimais). Assim, os dados destes 8 participantes não foram considerados durante a análise.

**FIGURA 2 – FLUXOGRAMA**



**Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra**

Na ronda 1 participaram 116 (32,2%) dos 360 participantes convidados inicialmente. Destes, 29 pertencem ao painel de educadores clínicos, 27 ao painel de *experts* clínicos, 22 ao painel de docentes, 9 ao painel de mestres e os restantes 28 ao painel de indivíduos com patologia músculo-esquelética.

Nas tabelas seguintes estão apresentadas as características sociodemográfica dos cinco painéis e as características do contexto profissional dos painéis de fisioterapeutas.

**TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA NA RONDA 1**

Variáveis	<i>Experts</i> clínicos em FCME	Fisioterapeutas com grau de mestres	Docentes em FCME	Educadores clínicos em FCME	Utentes com CME	
<b>Idade (Média ± Desvio Padrão)</b>	40,04 ± 9,632	32,00±3,905	38,14±9,997	40,90±9,608	48,61±11,84	
<b>Sexo (n, %)</b>	Feminino	7 (25%)	7 (77,8%)	7 (31,8%)	17 (58,6%)	25 (89,3%)
	Masculino	21 (75%)	2 (22,2%)	15 (68,2%)	12 (41,4%)	3 (10,7%)

Após a análise dos resultados verificou-se que 28,4% dos fisioterapeutas têm experiência clínica entre 6 a 10 anos (intervalo com maior percentagem de indivíduos), e mais de metade dos profissionais realiza prática clínica privada (52,3%). Dos 116 participantes, 37 possuem a licenciatura como habilitação académica e 45 já concluíram mestrado em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas.

Relativamente às escolas de formação base a maior percentagem de participantes estudou na Escola Superior de Saúde de Alcoitão (28,4%), seguida do Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (14,8%) e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (Tabela no Apêndice J).

**TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO PROFISSIONAL DOS PAINÉIS 1, 2, 3 E 4**

Variáveis (n)		<i>Experts</i> clínicos em FCME (n= 27)	Fisioterapeutas com grau de mestres (n= 9)	Docentes em FCME (n=22)	Educadores clínicos em FCME (n= 29)
<b>Anos de experiência (média ± desvio padrão)</b>		17,75 ± 9,033	10,33±4,213	16,20±10,07	18,86 ± 9,579
<b>Formação académica (n,%)</b>	Licenciatura	16 (57,1%)	0 (0%)	2 (9,1%)	19 (65,5%)
	Pós-graduação	12 (42,9%)	0 (0%)	3 (13,6%)	9 (31,0%)
	Mestrado	11 (39,3%)	9 (100%)	15 (68,2%)	10 (34,5%)
	Doutoramento	1 (3,6%)	0 (0%)	5 (22,7%)	0(0,00%)
<b>Tipo de prática (n,%)</b>	Privada	21 (75,0%)	6 (66,7%)	12 (54,5%)	7 (24,1%)
	Pública	2 (7,1%)	1 (11,1%)	5 (22,7%)	7 (24,1%)
	Misto	5 (17,9%)	2 (22,2%)	3 (13,6%)	15 (51,7%)
	Outro: Docência	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,1%)	0 (0,00%)

Relativamente aos utentes com CME é de realçar que dos 29 participantes deste painel, 26 apresentam fibromialgia como condição de saúde ME.

**TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO PAINEL 5**

Variáveis		Utentes com CME
<b>Diagnosticado há (anos) (média ± desvio padrão)</b>		11,71 ± 6,803
<b>Formação académica (n, %)</b>	Sem escolaridade	0 (0,00%)
	Ensino Básico	1 (3,60%)
	Ensino Secundário	13 (46,4%)
	Ensino Superior	14 (50,0%)
<b>Tipo de patologia</b>	Fibromialgia	26 (92,9%)
	Síndrome Fadiga Crónica	10 (35,7%)
	Artrite reumática	2 (7,1%)
	Outro:	
	Artrose	4 (14,3%)
	Espandilolistese	1 (0,4%)
	Síndrome do cólon irritável	1 (0,4%)

**Ronda 1**

Na primeira ronda, foram sugeridos pelos participantes 398 tópicos de investigação em FCME. Após o processo de análise de conteúdo descrito anteriormente, foram excluídos 242 (60,8%) tópicos. Duzentos tópicos foram excluídos por serem considerados generalistas, 14 tópicos por serem impercetíveis e 28 tópicos por não se enquadrarem no objetivo do projeto de investigação (Apêndice G). No decorrer da análise de conteúdo realizada nesta ronda foram identificados 156 tópicos de investigação. Estes tópicos foram posteriormente categorizados em 21 temas de investigação (Apêndice H).

**TABELA 4 - CATEGORIAS E TEMAS IDENTIFICADOS PELOS PARTICIPANTES NA RONDA 1**

Categorias	Temas
Efeitos (Abordagem Estratificada) / Custo-benefício	Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada
Subgrupos	Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde
Prática informada pela Evidência	Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)
Avaliação de resultados	Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica
Conhecimentos dos Fisioterapeutas	Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas
Custo-benefício	Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta
Mediadores dos efeitos	Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)
Caracterização da prática	Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas
Efeitos; Resultados dos diferentes locais/modelos de cuidados; Otimização dos efeitos	Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas
Efeitos Fisiológicos	Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)
Prevenção de lesões/ condições músculo-esqueléticas/ Prevenção de complicações	Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas
Promoção do papel do utente	Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas
Incidência/ Prevalência	Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas
Curso Clínico/ Condições músculo-esqueléticas na prática clínica	Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas no contexto da intervenção de Fisioterapia
Dose/efeito	Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções
Diagnóstico/ Instrumentos de avaliação	Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados
Prognóstico/ Modificadores do efeito	Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia
Fatores de risco	Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas
Satisfação dos utentes	Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas
Caracterização das condições músculo-esqueléticas; Biomecânica/ Alterações na estrutura cerebral	Relações entre estruturas, sintomas e condições músculo-esqueléticas
Modelos de resposta	Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas

## **Ronda 2**

Na ronda 2 foram convidados 330 participantes, dos quais 95 tomaram parte desta mesma ronda (28,8%). Na maioria dos temas o nível de consenso sobre a sua importância foi elevado (Tabela 5), com as médias das pontuações a variar entre 3,65- 4,54, o coeficiente de variação entre 13,00- 24,90, e a percentagem de consenso entre 68,40- 91,60. Nesta ronda, a concordância entre os participantes, medida pelo coeficiente de concordância de *Kendall W* foi de 0,100 ( $p \leq 0,05$ ) o que representa um valor de concordância muito baixo (Schmidt, 1997) apesar de estatisticamente significativo. Considerando os critérios definidos, o consenso entre os participantes foi alcançado para 18 dos 21 temas identificados entre os participantes na ronda 1. Assim, foram eliminados três temas (assinados a negrito na Tabela 5), e como tal excluídos da ronda 3.

**TABELA 5 - GRADUAÇÃO DOS TEMAS NA RONDA 2**

Temas	Média	Mediana	CV	% de consenso	W
Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada	4,15	4	20,8	76,9	0,100*
Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde	4,01	4	21,4	74,8	
Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)	4,37	4	14,6	91,6	
Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica	4,08	4	16,2	82,1	
Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas	4,22	4	18,3	85,3	
Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta	4,38	4	15,7	88,4	
Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)	4,31	4	18,0	85,3	
Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas	4,07	4	21,0	80,0	
Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas	4,54	5	16,6	91,6	
Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)	4,34	5	18,9	85,3	
Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas	4,52	5	13,7	93,7	
Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas	4,38	5	17,0	88,4	
<b>Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas</b>	<b>3,65**</b>	<b>4</b>	<b>24,2</b>	<b>60,0**</b>	
<b>Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas no contexto da intervenção em Fisioterapia</b>	<b>3,95**</b>	<b>4</b>	<b>20,4</b>	<b>76,9</b>	
Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções	4,05	4	20,5	75,8	
Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados	4,01	4	20,7	73,7	
Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia	4,25	4	17,8	83,2	
Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas	4,14	4	23,6	77,9	
Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas	4,33	4	18,3	86,3	
<b>Relações entre estruturas, sintomas e condições músculo-esqueléticas</b>	<b>3,95**</b>	<b>4</b>	<b>24,9</b>	<b>68,4**</b>	
Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas	4,01	4	20,4	73,7	

Legenda: CV – Coeficiente de variação; W – coeficiente de concordância de *Kendall*; \* $p \leq 0.05$  em todos os valores; encontram-se a negrito os temas que foram excluídos na Ronda 2 e com “\*\*” as variáveis pelas quais os temas foram eliminados.

### **Ronda 3**

Na ronda 3, foram convidados 327 participantes (na ronda 2, como explicado anteriormente, dos 330, 2 deles não participaram por não preencherem os critérios de inclusão, 1 deles não aceitou participar no estudo por indisponibilidade horária). Assim, e nesta ronda responderam 108 (32,7%), graduando a importância dos 18 temas prioritários em FCME que foram identificados e graduados na ronda 2. As pontuações médias variaram entre 3,84-4,66, o coeficiente de variação entre 12,8– 21,8 e a percentagem de consenso entre 70,4% e 95,4%. O coeficiente de concordância de *Kendall* obtido foi de 0,112 ( $p \leq 0,05$ ), valor que segundo os valores de referência de *Schmidt* é pouco satisfatório (Schmidt, 1997). Após a análise de dados foram identificados 10 temas que cumpriram os critérios de consenso definidos, fazendo então parte da lista final de temas para a agenda de investigação (Tabela 6).

**TABELA 6 - GRADUAÇÃO DOS TEMAS NA RONDA 3**

Temas	Média	Mediana	CV	% de consenso	W
<b>Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada</b>	<b>4,12</b>	<b>4</b>	<b>21,7</b>	<b>79,6**</b>	<b>0,112*</b>
<b>Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde</b>	<b>3,96**</b>	<b>4</b>	<b>21,8</b>	<b>70,4**</b>	
Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)	4,24	4	19,3	83,3	
<b>Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica</b>	<b>3,84**</b>	<b>4</b>	<b>21,4</b>	<b>72,2**</b>	
<b>Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas</b>	<b>4,12</b>	<b>4</b>	<b>20,9</b>	<b>79,7**</b>	
Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta	4,31	5	20,7	81,5	
Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)	4,38	5	18,7	88,9	
<b>Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas</b>	<b>3,94**</b>	<b>4</b>	<b>21,0</b>	<b>74,0**</b>	
Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas	4,51	5	16,2	89,9	
Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)	4,34	5	20,0	86,1	
Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas	4,66	5	12,8	95,4	
Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas	4,35	4	16,7	87,1	
Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções	4,08	4	19,8	82,4	
<b>Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados</b>	<b>3,88**</b>	<b>4</b>	<b>20,8</b>	<b>72,2**</b>	
<b>Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia</b>	<b>4,11</b>	<b>4</b>	<b>20,0</b>	<b>76,8**</b>	
Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas	4,19	4	19,9	85,2	
Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas	4,33	4	17,9	88,8	
<b>Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas</b>	<b>3,96**</b>	<b>4</b>	<b>20,7</b>	<b>74,1**</b>	

Legenda: CV – Coeficiente de variação; W – coeficiente de concordância de *Kendall*; \* $p \leq 0.05$  em todos os valores; encontram-se a negrito os temas que foram excluídos na Ronda 2 e com “\*\*” as variáveis pelas quais os temas foram eliminados.

## DISCUSSÃO

O tema deste estudo resulta de uma parceria entre o Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS e o Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo- Esquelética da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas estabelecida com o objetivo de identificar as prioridades de investigação nesta área em Portugal (Apêndice I), com a finalidade de criar uma agenda de investigação e auxiliar na tomada de decisão sobre projetos/estudos futuros a desenvolver nas instituições académicas e/ ou fisioterapeutas na sua prática clínica.

Participaram neste estudo educadores clínicos, *experts* clínicos, docentes, mestres em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas e indivíduos com patologia músculo-esquelética. A taxa de resposta foi de 32,2% (n=116) na ronda 1, 28,8% (n=95) na ronda 2 e 32,7% (108) na ronda 3. Esta evolução da taxa de resposta pode ser considerada positiva, uma vez que a literatura tem descrito uma redução de participantes ao longo das rondas (Reid, 1993), algo que não aconteceu neste caso. Apesar da constância entre as percentagens, o grau de adesão na ronda 1 foi baixo, potencialmente influenciado pelo facto do formulário da ronda 1 não ser constituído por questões concisas e de resposta fechada. Esta hipótese tem sido igualmente defendida por autores que avaliaram os fatores que influenciavam a adesão em formulários *online* (Saleh & Bista, 2017). Relativamente a outros estudos que procuraram identificação de prioridades de investigação, têm sido reportadas taxas de resposta bastante díspares. Alguns estudos na área da FCME obtiveram uma taxa de participação acima dos 50%, desde a ronda 1 até à ronda 3 (Rankin et al., 2012; Rushton & Moore, 2010), apresentando, contudo, um total de indivíduos convidados inferior a 100 pelo que o valor absoluto de participantes obtido foi inferior ao do presente estudo. Por outro lado, num estudo realizado por *Rushton et al* (2014) que visou a identificação de prioridades de investigação na área da osteopatia, em 145 participantes existiu um decréscimo na taxa de participação na ordem dos 40% entre a ronda 1 e a ronda 2 (Rushton et al., 2014). Apesar de neste último estudo o número de participantes convidados ter sido maior do que nos outros estudos, a taxa de participação ao longo do mesmo decresceu de forma mais acentuada (Rushton et al., 2014). Num estudo realizado por *Turner et al* (2017), sobre as PI em saúde pública, em que foram convidados 137 indivíduos, apenas 26% participaram na primeira ronda, existindo também um decréscimo de 11% para a ronda 3 (Turner et al., 2017). Estes resultados mostram que existe uma larga

variabilidade nas taxas de resposta neste tipo de investigações, mas que as taxas que se verificaram no presente estudo se enquadram num intervalo de valores esperados.

Apesar do balanço positivo no grau de participação entre o início e final do estudo, na ronda 2 (28,8%) houve uma baixa de aproximadamente 4%. O mesmo foi verificado em vários estudos, nomeadamente no estudo de *Turner et al* (2017) onde existiu uma quebra de 11% entre a primeira e a última ronda (Turner et al., 2017). O facto dos participantes serem convidados a participar nas três rondas – o que eventualmente sugere um compromisso prolongado no tempo- pode ter influenciado a decisão de participação e a manutenção dos participantes durante o decorrer do estudo (Brinkley, Finch, Hall, Black, & Gowland, 1993). Por fim, um outro aspeto pode ser discutido em relação à taxa de participação. Se os painéis forem observados de forma isolada, durante a análise da ronda 1 o painel de utentes com condições músculo-esqueléticas, foi aquele que, em termos percentuais, apresentou maior grau de adesão. O mesmo foi verificado num estudo realizado pela CSP em parceria com *James Lind Alliance* (2017), em que os utentes foram os autores de 50% dos tópicos de investigação sugeridos (Hunt, 2018). Em estudos nos quais os utentes fazem parte dos painéis participantes, aparentemente a relevância atribuída por estes é superior à relevância atribuída pelos fisioterapeutas.

Neste estudo verifica-se uma variabilidade relativamente à qualidade pela qual os participantes foram convidados. Neste sentido, a variabilidade refere-se à presença de participantes com diferentes posições e funções na FCME em Portugal – como docentes, educadores, mestres e *experts* clínicos em FCME e utentes com patologia ME. Comparando com estudos semelhantes na área, esta variabilidade de participantes tem, também, existido (Nast et al., 2015; Rankin et al., 2012). Contudo a integração da visão e da opinião dos utentes é recente, tendo sido incluída em poucos estudos (Hunt, 2018; Rankin et al., 2012). Este facto pode ter influenciado os resultados do estudo dado que, como referido anteriormente, os utentes foram aqueles que apresentaram maior participação (em termos percentuais), e os temas priorizados podem ser potencialmente direcionados às necessidades deste tipo de utentes. Para além disto, o facto da maioria destes utentes apresentarem o mesmo diagnóstico (fibromialgia) pode constituir um viés nas necessidades identificadas pelos mesmos como PIFCME a nível nacional.

Numa primeira ronda foram identificados 21 potenciais temas de investigação, número que no final da ronda 3 foi reduzido a 10 temas, considerados consensuais entre os participantes deste estudo, de acordo com os critérios definidos *a priori*.

Relativamente ao grau de consenso dos participantes observou-se uma pequena variação na amplitude valores dos testes estatístico nomeadamente na média, coeficiente de variação, percentagem de consenso, tanto na ronda 2 como na ronda 3. O mesmo não foi verificado em outros estudos, dado que os mesmos valores que indicaram o nível de consenso obtido foram mais díspares entre si (Rankin et al., 2012; Rushton & Moore, 2010). Relativamente ao coeficiente de concordância de *Kendall*, apesar de significativo apresentou valores entre 0,100 e 0,112 sugerindo um grau de consenso pouco satisfatório (Schmidt, 1997), sendo observado o mesmo nos estudos referidos anteriormente. Contudo, é possível verificar nos diferentes estudos que da ronda 2 para a ronda 3 o grau de consenso entre os participantes vai aumentando em todos os testes o que não deixa de ser expectável e que também se verificou neste estudo.

No que diz respeito aos temas de investigação reportados pelos participantes, no final da ronda 1 foram identificados 398 tópicos de investigação que após a análise dos investigadores foram reduzidos a 156 e categorizados em 21 temas. No processo de análise de conteúdo foram eliminados 200 tópicos de investigação por serem generalistas, 28 por não irem ao encontro do objetivo do estudo e 14 por serem impercetíveis. Em estudos anteriores tais como os realizados por *Rushton & Moore* (2010) e *Rankin et al* (2012), foram identificados mais tópicos de investigação, porém o número de temas inicialmente categorizados foi semelhante (23 e 25 temas respetivamente). No presente estudo, foram priorizados 10 temas de investigação. Este número encontra-se entre os valores normais de temas priorizados, que variam de 7 a 12 temas, em estudos semelhantes (Rankin et al., 2012; Rushton & Moore, 2010). Dados estes valores, podemos afirmar que independentemente do número de participantes e dos tópicos identificados pelos mesmos, o número final de temas parece não apresentar grande variação entre estudos.

Apesar da semelhança entre o número dos temas priorizados, os temas que ocuparam os primeiros lugares na graduação da sua importância vão diferindo de estudo para estudo. Na ronda 2 e 3 o tema que obteve maior consenso foi a efetividade da fisioterapia na prevenção de lesões músculo-esqueléticas. Num estudo já referido

anteriormente sobre PIF em 2010, o tema identificado como mais prioritário relacionou-se com a “classificação/subgrupos/identificação de perfis de síndromes comuns” ou ainda sobre a validade e fiabilidade de instrumentos de avaliação (Rushton & Moore, 2010). Já no estudo realizado por Rankin *et al* (2012) os temas que obtiveram maior consenso relacionam-se com as estratégias para aumentar a aderência dos utentes aos programas de exercício e a prescrição de exercício (Rankin *et al.*, 2012). Mais recentemente, na redefinição das PIFME pela CSP, aquela que obteve maior pontuação foi a efetividade da fisioterapia comparada a nenhuma intervenção (Hunt, 2018). O contexto clínico de cada país, as necessidades populacionais e de investigação e os anos de realização deste tipo de exercícios podem justificar os diferentes temas priorizados entres estes estudos.

Ainda que existam diferenças nestes temas, podemos verificar semelhanças em outras temáticas também graduadas como prioritárias para a Fisioterapia ME. Estas semelhanças são especialmente observadas em estudos mais recentes e em que os utentes fazem parte do painel de participantes. Temas como a efetividade de estratégias de promoção da adesão a programas de exercício, prescrição de exercício, prática centrada no utente e prática informada pela evidência, são temas concordantes em vários estudos internacionais (Nast *et al.*, 2015; Rankin *et al.*, 2012; Rushton & Moore, 2010) e que também se observaram nos resultados do presente estudo.

Pelo potencial impacto das CME na população, os participantes deste estudo, consideraram a sua prevenção o tema que apresenta maior importância, neste momento, em Portugal. Apesar de ainda há poucos anos a CME e a sua prevenção não serem consideradas um tema prioritário a nível mundial (WHO, 2011; Woolf, Erwin, & March, 2012), atualmente já se encontram inseridas no plano de ação para prevenção e controlo de condições não transmissíveis na Europa e reconhecidas como importantes pela Organização Mundial de Saúde (WHO Regional Office for Europe, 2016).

A “efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas” é considerado a nível nacional e internacional como um dos mais importantes para a prática clínica. No presente estudo, este tema situa-se entre os cinco mais graduados, verificando-se o mesmo no estudo de Rankin *et al* (2012) e no estudo suíço de Nast *et al* (2015). O facto das CME serem condições com alta morbilidade e prevalência, e grande

impacto financeiro nos custos de saúde, podem ser alguns dos fatores que contribuem para a priorização deste tema (WHO, 2011).

A “efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão em CME” foi considerado pelos participantes portugueses um tema de elevada importância. O mesmo também se verificou no estudo recente realizado pela CSP apesar de este se abranger as várias áreas da Fisioterapia (Hunt, 2018). O recente foco atribuído às estratégias de autogestão no controlo de condições músculo-esqueléticas (Peek, Sanson-Fisher, Mackenzie, & Carey, 2015) bem como a influência negativa sobre os resultados da baixa aderência dos utentes a este tipo de estratégias (Beinart et al., 2013; Peek et al., 2015) pode ajudar a explicar que este tema seja considerado prioritário em dois países com realidades distintas. Da mesma forma, a crescente prevalência e incidência de condições crónicas do foro ME a nível global poderá igualmente fazer deste tema prioritário na ótica de utentes e fisioterapeutas (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017).

No caso da prescrição de exercício, em 2010 não foi graduado como um tema importante para a investigação no estudo de *Rushton & Moore* (2010), tendo sido inserido dois anos depois nas prioridades nacionais do Reino Unido identificadas pela CSP (2012). A prescrição de exercício sem orientação científica de doseamento e os pressupostos subjacentes tem sido sugerido como um dos fatores para os utentes não progredirem adequadamente nos seus programas de reabilitação (de Macedo et al., 2012). No presente estudo, o doseamento e a definição dos parâmetros de intervenção foram, também, um dos temas que obtiveram maior consenso, enfatizando a importância desta temática e o seu reconhecimento pelos participantes.

Alguns temas considerados internacionalmente importantes e prioritários, não foram graduados pelos participantes como importantes para a realidade clínica portuguesa. O tema do desenvolvimento de instrumentos de avaliação/diagnóstico e medição de resultados foi um dos que obteve maior graduação em outros estudos (*Rushton et al., 2014; Rushton & Moore, 2010*) mas que não foi considerado prioritário no presente estudo. De igual modo, o tema da identificação de subgrupos e da efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada que tem vindo a ser demonstrada como uma abordagem

preferencial à convencional (Hill et al., 2011) também não foi considerado um tema prioritário pelos participantes.

Um dos objetivos deste estudo passou por dar oportunidade aos utentes na definição de PIFCME, promovendo não só a prática centrada no utente, como a investigação focada no utente. Em 2017, a CSP e *James Lind Alliance* (2017) redefiniram as suas PI, processo este que contou com a participação de clínicos, investigadores e utentes com o objetivo de focar este exercício no *feedback* destes últimos. Como resultado deste exercício de identificação e priorização de tópicos de investigação, os 10 temas considerados mais importantes relacionaram-se com estratégias de empatia com os utentes, promoção da adesão dos utentes ao tratamento, medição de resultados e progresso de tratamento, acesso aos serviços de fisioterapia, entre outras (Hunt, 2018). No presente estudo, apesar da semelhança em temas relacionados com a promoção do papel do utente (como as estratégias de empatia, e a promoção da adesão ao tratamento), foi ainda definido como prioritário um tema relacionado com a satisfação dos utentes.

Assim, e em síntese, a realização deste projeto passou pela identificação de áreas de investigação consideradas importantes pelos fisioterapeutas portugueses e por utentes da área ME, de forma a colmatar as lacunas existentes entre a área científica e a prática clínica. Um dos objetivos da criação de uma agenda de investigação é o desenvolvimento e/ou conceção de investigação útil que apoie a prática e que seja direcionada às necessidades identificadas pelos fisioterapeutas e pelos utentes. Esta investigação deve ser implementada com o intuito de melhorar a efetividade da intervenção da fisioterapia para os utilizadores destes serviços, sendo orientada para as necessidades e características de cada utente e da população portuguesa em geral.

Apesar da potencial relevância deste estudo, algumas limitações devem ser igualmente consideradas. Uma das limitações mais importantes é o número dos participantes (percentagem de participação) e as desistências ao longo do estudo que poderão comprometer a validade do mesmo (Reid, 1993). Apesar de ser esperado a redução de participantes ao longo do estudo (Reid, 1993) e de serem utilizadas estratégias de promoção da participação [envio de lembretes via *e-mail* e inclusão de participantes com conhecimento e/ou interesse na área da FCME (Goodman, 1987)], apenas um terço dos mesmos participou no estudo.

Outra limitação a ser considerada é a não inclusão no painel de participantes de indivíduos cuja atividade profissional de maior ocupação é a investigação. Como verificado por *Rushton & Moore* (2010) a inclusão de investigadores neste tipo de investigação deve ser considerada.

No painel dos utentes, a condição de saúde de fibromialgia apresenta uma prevalência de 92,9%, podendo este ser considerado uma limitação deste estudo pela alta prevalência desta condição.

### **Perspetivas futuras**

Como já foi referido ao longo do estudo, este trabalho pretende contribuir com temas de investigação, investigáveis pelos estudantes de cursos graduados e pós-graduados, e por equipas de investigação portuguesas que ajudem a colmatar as lacunas existentes até aos dias de hoje. Sabe-se que, após a produção de um estudo, o mesmo leva um período médio de 17 anos a ser integrado na prática (Balas & Boren, 2000; Morris et al., 2011). Assim, um dos objetivos deste trabalho é a diminuição deste intervalo de tempo, pela criação de uma agenda de investigação em fisioterapia, que esteja disponível a todos os profissionais, bem como a disseminação dos estudos.

Em 2012, a CSP realizou um estudo semelhante ao presente (Rankin et al., 2012), no qual os resultados foram partilhados e disseminados a organizações relevantes que realizassem investigação, revisões sistemáticas e pelos estabelecimentos com cursos graduados e pós-graduados. As PIFCME foram disseminadas através do site da CSP para os profissionais de saúde de forma a aumentar a acessibilidade, colmatar as lacunas e melhorar a qualidade das nossas intervenções.

Posto isto, o nosso objetivo e o plano de ação comparam-se ao da CSP. Com a colaboração do GIFME pretende-se disseminar os resultados desta investigação pelos departamentos de investigação dos estabelecimentos de ensino superior (cursos graduados e pós-graduados em fisioterapia músculo-esquelética) em Portugal, e pelo sitio do GIFME.

Como recomendação para futuros estudos, parece-nos relevante que a elegibilidade dos critérios de inclusão seja feita no início do formulário, em forma de pergunta de resposta de cariz obrigatória para diminuir a probabilidade de existência de respostas nulas durante a análise de conteúdo.

Por fim, parece-nos importante que, em investigações futuras, na última ronda sejam integradas as categorias resultantes dos tópicos identificados de forma a tornar o conteúdo da agenda de investigação mais específico e orientado para as sugestões iniciais dos participantes.

## CONCLUSÕES

A partir de um processo de consenso nacional envolvendo fisioterapeutas (*experts*, mestres em FCME, docentes e educadores clínicos) e utentes com patologia músculo-esquelética foram identificados e priorizados temas de investigação em fisioterapia. Inicialmente foram identificados 398 tópicos de investigação, que após o processo de análise de conteúdo e de consenso resultaram na definição de 10 temas considerados prioritários. O estudo da efetividade de intervenções que promovam a prevenção de CME, a efetividade das intervenções de fisioterapia em condições sintomas músculo-esqueléticas e os mecanismos de ação das intervenções de fisioterapia foram os três temas graduados com maior importância. No entanto, não devemos desvalorizar os restantes temas como a promoção da adesão dos utentes aos programas de exercício e a satisfação dos mesmos com a fisioterapia bem como a identificação de fatores de risco para CME, entre outros. A consciencialização da importância destes temas pela comunidade científica e pelos clínicos pode levar à otimização dos resultados e da intervenção do fisioterapeuta na prática.

Do nosso conhecimento, este é o primeiro projeto de identificação de prioridades de investigação em FCME em Portugal. A abordagem deste estudo foi organizada de forma a recolher a perspetiva dos participantes acerca das áreas prioritárias sobre as quais a investigação em FCME se deve estrategicamente focar e direccionar. Assim, os temas identificados como prioritários podem ser úteis na conceção de uma agenda de investigação que oriente os cursos graduados e pós-graduados em Portugal, encorajar o desenvolvimento de investigação orientada para a prática, suprimir as necessidades dos utentes e melhorar a resposta que os fisioterapeutas podem dar às áreas da ME mais emergentes, diminuindo o impacto das CME a nível de saúde e financeiro.

## REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. *Yearbook of Medical Informatics*, 09(01), 65–70.
- Beinart, N. A., Psych, H., Goodchild, C. E., Weinman, J. A., Ayis, S., & Godfrey, E. L. (2013). Individual and intervention-related factors associated with adherence to home exercise in chronic low back pain : a systematic review. *The Spine Journal*, 13(12), 1940–1950. <http://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.08.027>
- Black, N. (2011). *Consensus development methods*. (C. Pope & N. Mays, Eds.) *Qualitative research in healthcare* (3rd ed.). London: BMJ Books.
- Boaz, A., Hanney, S., Borst, R., Shea, A., & Kok, M. (2018). How to engage stakeholders in research : design principles to support improvement. *Health Research Policy and Systems*, 16(60), 1–9.
- Bozzolan, M., Simoni, G., Balboni, M., Fiorini, F., & Bombardi, S. (2014). Undergraduate physiotherapy students ' competencies , attitudes and perceptions after integrated educational pathways in evidence-based practice : a mixed methods study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 3985(8), 557–571. <http://doi.org/10.3109/09593985.2014.910285>
- Branco, J., Rodrigues, A., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., ... Laires, P. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life , physical function and mental health in Portugal : results from EpiReumaPt – a national health survey. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 2(e000166), 1–12. <http://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Brinkley, J., Finch, E., Hall, J., Black, T., & Gowland, C. (1993). Diagnostic Classification of Patients with Low Back Pain: Report on a Survey of Physical Therapy Experts. *Physical Therapy*, 73(3), 138–150. <http://doi.org/10.1093/ptj/73.3.138>
- Cramer, C. K., Klasser, G. D., Pain, C. O., Epstein, J. B., Frcd, C., Edin, F., & Sheps, S. B. (2008). The Delphi Process in Dental Research. *The Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 8, 211–220. <http://doi.org/10.1016/j.jebdp.2008.09.002>
- CSP. (1998). Priorities for Physiotherapy Research 1997. *Chartered Society of Physiotherapy*.

- CSP. (2002). *Priorities for physiotherapy research in the UK: project report 2002*. Chartered Society of Physiotherapy. London.
- Dannapfel, P., Peolsson, A., & Nilsen, P. (2013). What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implementation Science*, 8(31), 1–13. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-8-31>
- de Macedo, R., Neto, J., Costantini, C., Olandoski, M., Casali, D., de Macedo, A., & Guarita-Souza, L. (2012). A periodized model for exercise improves the intra-hospital evolution of patients after myocardial revascularization: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26(11), 982–989. <http://doi.org/10.1177/0269215512439727>
- Dzewaltowski, D., Estabrooks, P., Klesges, M., Bull, S., & Glasgow, R. (2004). Behavior change intervention research in community settings: how generalizable are the results? *Health Promotion International*, 19(2), 235–245. <http://doi.org/10.1093/heapro/dah211>
- Foster, N. E., Dziedzic, K. S., van der Windt, D. A., Fritz, J. M., & Hay, E. M. (2009). Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. *BMC Musculoskeletal Disord*, 10, 3. <http://doi.org/10.1186/1471-2474-10-3>
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990 – 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12(6), 729–734. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hill, J. C., Whitehurst, D. G. T., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., ... Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain

- with current best practice ( STarT Back ): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9802), 1560–1571. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60937-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-9)
- Hunt, L. (2018). Chartered Society of Physiotherapy. Retrieved October 20, 2018, from <https://www.csp.org.uk/news/2018-03-01-csp-puts-patient-opinion-centre-new-research-priorities>
- Jansen, M., Oers, H., Kok, G., & Vries, N. D. (2010). Public health : disconnections between policy , practice and research. *Health Research Policy and Systems*, 8(1), 37. <http://doi.org/10.1186/1478-4505-8-37>
- Kamper, S., Moseley, A., Herbert, R., Maher, C., Elkins, M., & Sherrington, C. (2015). 15 years of tracking physiotherapy evidence on PEDro , where are we now ? *British Journal of Sports Medicine*, 49(14), 907–909. <http://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094468>
- Kumar, S., Grimmer-Somers, K., & Hughes, B. (2010). The Ethics of Evidence Implementation in Health Care. *Physiotherapy Research International*, 15(2), 96–102. <http://doi.org/10.1002/pri.479>
- Lizarondo, L., Grimmer-Somers, K., & Kumar. (2011). A systematic review of the individual determinants of research evidence use in allied health. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 261–272.
- Mallonee, S., Fowler, C., & Istre, G. R. (2006). Bridging the gap between research and practice: a continuing challenge. *Injury Prevention*, 12(6), 357–359. <http://doi.org/10.1136/ip.2006.014290>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5<sup>a</sup> ed.). Pêro Pinheiro.
- Marshall, A. (2004). Research priorities for Australian critical care nurses: do we need them ? *Australian Critical Care*, 17(4), 142–150. [http://doi.org/10.1016/S1036-7314\(04\)80019-5](http://doi.org/10.1016/S1036-7314(04)80019-5)
- Morley, J. E., Dong, B., Holmerova, I., Little, M. O., Ouslander, J., Resnick, B., ... Vellas, B. (2014). International Survey of Nursing Home Research Priorities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(5), 309–312. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.003>

- Morris, Z., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years , what is the question : understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *104*(12), 510–520. <http://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Moseley, A. M., Herbert, R. D., Sherrington, C., & Maher, C. G. (2002). Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Australian Journal of Physiotherapy*, *48*(1), 43–49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869164>
- Nast, I., Tal, A., Schmid, S., Schoeb, V., Rau, B., Barbero, M., & Kool, J. (2015). Physiotherapy Research Priorities in Switzerland: Views of the Various Stakeholders. *Physiother Res Int*, *21*, 137–146. <http://doi.org/10.1002/pri.1621>
- Nilsen, P. (2006). The theory of community based health and safety programs: a critical examination. *Injury Prevention*, *12*(3), 140–146. <http://doi.org/10.1136/ip.2005.011239>
- Ota, S., Cron, R. Q., Schanberg, L. E., O’Neil, K., Mellins, E. D., Fuhlbrigge, R. C., & Feldman, B. M. (2008). Research priorities in pediatric rheumatology: The Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) consensus. *Pediatr Rheumatol Online J*, *6*, 5. <http://doi.org/10.1186/1546-0096-6-5>
- Owen, G. (2014). CSP. Retrieved from <https://www.csp.org.uk/frontline/article/bridging-gap-physio-theory-and-practice>
- Peek, K., Sanson-Fisher, R., Mackenzie, L., & Carey, M. (2015). Patient adherence to physiotherapist prescribed self-management strategies: A critical review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, *22*(11), 232–41. <http://doi.org/10.12968/ijtr.2015.22.11.535>
- Ramelet, A. S., Gill, F., & The ACCCN Paediatric Intensive Care Special Interest Group. (2012). A Delphi study on National PICU nursing research priorities in Australia and New Zealand. *Australian Critical Care*, *25*(1), 41–57. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2011.08.003>
- Rankin, G., Rushton, A., Olver, P., & Moore, A. (2012). Chartered Society of Physiotherapy’s identification of national research priorities for physiotherapy using a modified Delphi technique. *Physiotherapy*, *98*(3), 260–272.

<http://doi.org/10.1016/j.physio.2012.03.002>

- Reid, N. (1993). Health care research by degrees. *Oxford: Blackwell Scientific Publications*.
- Rushton, A., Fawkes, C., Carnes, D., & Moore, A. P. (2014). A modified Delphi consensus study to identify UK osteopathic profession research priorities. *Manual Therapy, 19*(5), 445–452. <http://doi.org/10.1016/j.math.2014.04.013>
- Rushton, A., & Moore, A. (2010). International identification of research priorities for postgraduate theses in musculoskeletal physiotherapy using a modified Delphi technique. *Man Ther, 15*, 142–148. <http://doi.org/10.1016/j.math.2009.09.003>
- Sackett, D. L., & Haynes, R. B. (2002). The architecture of diagnostic research. *BMJ, 324*, 19–38.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71–72.
- Sackett, D., Straus, S., & Richardson, W. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*.
- Saleh, A., & Bista, K. (2017). Examining Factors Impacting Online Survey Response Rates in Educational Research: Perceptions of Graduate Students. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation, 13*(29), 63–74.
- Schmidt, R. C. (1997). Managing Delphi Surveys Using Nonparametric Statistical Techniques \*. *Decision Sciences, 28*(3), 763–774.
- Scurlock-Evans, L., Upton, P., & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematic review of barriers , enablers and interventions. *Physiotherapy, 100*(3), 208–219. <http://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.001>
- Scutchfield, F., & Lamberth, C. (2010). Public Health Systems and Services Research : Bridging the Practice-Research Gap. *Public Health Systems and Services Research, 125*(5), 628–633.
- Sherrington, C., Moseley, A., Herbert, R., Elkins, M., & Maher, C. (2010). Ten years of evidence to guide physiotherapy interventions : Physiotherapy Evidence Database ( PEDro ). *British Journal of Sports Medicine, 44*(12), 836–837.

<http://doi.org/10.1136/bjism.2009.066357>

- Tallon, D., Chard, J., & Dieppe, P. (2000). Relation between agendas of the research community and the research consumer. *The Lancet*, 355(9220), 2037–2040.
- Turner, S., Ollerhead, E., & Cook, A. (2017). Identifying research priorities for public health research to address health inequalities: use of Delphi-like survey methods. *Health Research Policy and Systems*, 15(87), 1–10. <http://doi.org/10.1186/s12961-017-0252-2>
- Westfall, J. M., Mold, J., & Fagnan, L. (2007). Practice-Based Research—“Blue Highways” on the NIH Roadmap. *Journal of the American Medical Association*, 297(4), 403–406.
- WHO. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO.
- WHO Regional Office for Europe. (2016). *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region 2016-2025*. Copenhagen.
- Wolf, A. D., Erwin, J., & March, L. (2012). Best Practice & Research Clinical Rheumatology The need to address the burden of musculoskeletal conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26(2), 183–224. <http://doi.org/10.1016/j.berh.2012.03.005>

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### ESTUDO PILOTO PARA A DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM FISIOTERAPIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA UTILIZANDO O MÉTODO MODIFICADO DE DELPHI

##### Caro(a) Colega

O meu nome é Lúcia Catarina Soares Gomes, e sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver um estudo que tem por objetivo identificar as prioridades de investigação em Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas em Portugal e auxiliar na concretização de uma agenda de investigação. Nesta fase da investigação pretendo realizar um estudo piloto para testar a utilização do *software LimeSurvey*, a elaboração do formulário *online*, e as três rondas que serão aplicadas no estudo.

Considerando a sua experiência na área das condições músculo-esqueléticas, venho por este meio, solicitar a sua colaboração para testar três formulários – a nível de conteúdo, perceção do formulário e facilidade de preenchimento.

A sua participação implicará responder a 3 formulários:

- No primeiro formulário (Ronda 1) ser-lhe-á pedido que identifique de 5 a 10 tópicos que considera relevantes investigar na área da intervenção da Fisioterapia nas Condições Músculo-Esqueléticas e que adicione uma justificação para a suas escolhas.
- No segundo formulário (Ronda 2) irá receber feedback com a lista de tópicos identificados na Ronda 1 e a respetiva justificação. De seguida ser-lhe-á pedido que classifique a importância de cada tópico numa escala de *Likert* de 5 pontos (5 representa o grau mais elevado de acordo- concordo totalmente; 1 o grau mais

baixo de acordo- discordo totalmente).

- No terceiro formulário (Ronda 3), ser-lhe-á feito o mesmo pedido que na ronda anterior com base nos tópicos que todos os participantes consideraram prioritários.

Após o preenchimento de cada formulário receberá um breve formulário onde lhe será pedido que avalie a clareza e compreensão dos procedimentos do estudo.

### **Riscos e queixas**

A participação neste estudo não acarreta quaisquer riscos ou queixas

### **Participação e/ou desistência espontânea**

A sua participação neste estudo é livre e, portanto, poderá abandonar o mesmo a qualquer altura.

### **Obrigações e vantagens financeiras**

Não existem qualquer tipo de obrigações e/ou vantagens financeiras com a participação neste estudo.

**Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através do seguinte e-mail [160512021@estudantes.ips.pt](mailto:160512021@estudantes.ips.pt)**

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

**Atenciosamente,**

*Julia Catarina Soares Gomes*

## - RONDA 1-

**Contextualização enviada aos participantes-** O meu nome é Lúcia Catarina Soares Gomes, e sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver um estudo que tem por objetivo identificar as prioridades de investigação em Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas em Portugal e auxiliar na concretização de uma agenda de investigação.

Nesta fase do estudo pretendo aplicar um **estudo piloto** para testar a utilização do *software LimeSurvey*, a elaboração do formulário *online*, e as três rondas que serão aplicadas no estudo.

Considerando a sua experiência na área das condições músculo-esqueléticas, venho por este meio, solicitar a sua colaboração para testar o formulário que se segue.

**Pergunta formulada-** Na sua qualidade de Fisioterapeuta, identifique entre 5 a 10 **prioridades/ áreas prioritárias** para a investigação em Fisioterapia em Condições Músculo- Esqueléticas que considere serem benéficas em desenvolver uma base de evidência para a Fisioterapia. Por favor adicione uma justificação para cada uma das escolhas.

Prioridade de Investigação/ Área Prioritária	Justificação da indicação/ seleção
--	------------------------------------

1.	
----	--

2.	
----	--

3.	
----	--

10.	
-----	--

- RONDA 2 -

**Contextualização enviada aos participantes-** O meu nome é Lúcia Gomes, sou estudante do curso de mestrado em Fisioterapia - condições músculo-esqueléticas, leccionado 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 da Universidade Nova de Lisboa.

Na primeira ronda foram identificadas um conjunto de prioridades de investigação que foram posteriormente agregadas para conhecimento dos participantes do estudo e enquadramento para a Ronda 2.

**Pergunta formulada-** Nesta segunda ronda, e na sua qualidade Fisioterapeuta **classifique** por favor, numa escala de 1-5, em que 5 representa o grau mais elevado de acordo (concordo totalmente) e 1 o grau mais baixo (discordo totalmente), a **importância** que atribui a cada um dos **tópicos/ áreas prioritárias** listadas para a investigação da Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas.

Prioridade de investigação	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
-------------------------------	------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

---

---

---

**- RONDA 3 –**

**Contextualização enviada aos participantes-** O meu nome é Lúcia Gomes, sou estudante do curso de mestrado em Fisioterapia - condições músculo-esqueléticas, leccionado 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 da Universidade Nova de Lisboa.

Na primeira e na segunda ronda foram identificadas um conjunto de prioridades de investigação que foram posteriormente agregadas e analisadas para conhecimento dos participantes do estudo e enquadramento para a Ronda 3.

**Pergunta formulada-** Nesta terceira ronda, e na sua qualidade Fisioterapeuta **classifique** por favor, numa escala de 1-5, em que 5 representa o grau mais elevado de acordo (concordo totalmente) e 1 o grau mais baixo (discordo totalmente), a **importância** que atribui a cada um dos **tópicos/ áreas prioritárias** listadas para a investigação da Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas.

<b>Prioridade de investigação</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Sem opinião</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
---------------------------------------	--------------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	--------------------------------

---

--	--	--	--	--	--

---

--	--	--	--	--	--

---

**- Avaliação dos formulários pelos participantes -**

1. Considera os itens do formulário são claros e fáceis de compreender?	<b>Sim</b>	<input type="checkbox"/>
Se a resposta foi <b>não</b> indique porquê.		
2. Considera algum item/ palavra pouco clara ou ambígua?	<b>Não</b>	<input type="checkbox"/>
Se a resposta foi <b>sim</b> , indique qual(ais) os <b>itens/ palavras</b> em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra formulação/ palavra para a(s) substituir.		
3. Considera as instruções dos formulários claras e fáceis de compreender?	<b>Sim</b>	<input type="checkbox"/>
Se a resposta foi <b>não</b> indique porquê.		
4. Considera que a maioria dos itens são relevantes para si?	<b>Sim</b>	<input type="checkbox"/>
Se a resposta foi <b>não</b> indique porquê.		

## APÊNDICE B

### RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDO PILOTO

#### TEMAS E SUB-TEMAS IDENTIFICADOS PELOS PARTICIPANTES NA RONDA 1 (N=10) DO ESTUDO PILOTO

Desenvolvimento profissional	Padronizar e melhorar intervenções / modelos de raciocínio clínico / interação com o reumatologista
Problemas profissionais	Crenças e percepções dos fisioterapeutas/ diferenças entre instituições de ensino
Validade de instrumentos de avaliação	Validade / Fiabilidade
Confiabilidade de instrumentos de avaliação	Precisão das ferramentas de identificação de dor
Classificação/subgrupos/perfis de síndromes comuns	Intervenções DLC
Promoção/educação na saúde	Importância da prevenção
Epidemiologia	Incidência e prevalência de síndrome fêmoro-acetabular / prevalência de DLC
Efetividade clínica	Exercício terapêutico/ Exercício terapêutico em CS/ Hidroterapia/ Manual de terapia /Eletroterapia /Ligaduras /Planos de intervenção com variáveis psicossociais
Avaliação, diagnóstico e prognóstico	Fatores determinantes no tratamento / variabilidade para resposta ao tratamento em DCL / incapacidade do ombro / ALBP / ACP / síndrome femoropatelar
Mecanismos de ação	Mecanismos de produção de dor músculo-esquelética / Mecanismo neurofisiológico (terapia manual)
Prática baseada na evidência	
Prática centrada no utente	Aplicação no contexto clínico/ impacto dos resultados / preferências do paciente
Investigação focada no utente	Educação em Neurofisiologia/ Estratégias ativas de enfrentamento

Nota: Foram identificados 51 tópicos de investigação na ronda 1 do estudo piloto, e reduzidos a 12 temas para graduação nas rondas seguintes

**GRADUAÇÃO DOS TEMAS IDENTIFICADOS PELOS PARTICIPANTES NA RONDA 1 DO ESTUDO PILOTO**

Temas de investigação	Ronda 2 (n=10)				Ronda 3 (n=8)			
	Média	Mediana	CV (%)	% Consenso	Média	Mediana	CV (%)	% consenso
Identificar intervenções que conduzem a resultados mais efetivos em utentes que apresentem dor lombar crónica com características específicas	4,40	4	11,7	100	4,25	4,00	10,9	100
Prognóstico da condição em utentes com dor lombar crónica e variabilidade de resposta ao tratamento	4,30	4,50	22,1	90	4,63	5,00	11,2	100
Identificar a efetividade de planos de intervenção de acordo com variáveis psicossociais em pacientes com dor lombar crónica	4,30	4,50	19,1	80	4,25	4,00	10,9	100
Perceber a importância da prática centrada no utente em Portugal - se é integrada na prática e qual a aplicabilidade nos diferentes grupos de utentes	4,70	5,00	14,4	90	4,50	4,50	11,9	100
Identificar os mecanismos de ação do exercício terapêutico na dor músculo-esquelética de forma a criar evidência que apoie a prescrição de exercício terapêutico	4,40	5,00	24,4	80	4,63	5,00	11,2	100
Perceber se existem diferenças significativas a nível de ensino superior em fisioterapia entre as diferentes instituições de ensino em Portugal, bem como em lecionamento de temas sem evidência científica	4,20	4,50	24,6	80	4,00	4,00	23,1	62,5
Perceber como está, ou não, a ser integrada a prática	4,40	4,50	15,9	90	4,13	4,00	20,2	75

<b>informada pela evidência associada a determinada condição clínica</b>								
<b>Identificar mecanismos de produção de dor músculo-esquelética de forma a direcionar a definição de planos de intervenção de acordo com os mecanismos de ação específicos</b>	4,20	4,50	21,9	70	4,13	4,00	15,5	87,5
<b>Perceber a importância de fornecer estratégias de coping ativo em situações de condições crónicas</b>	4,00	4,00	16,7	80	4,13	4,00	20,2	75
<b>Estudos qualitativos sobre as percepções e crenças dos fisioterapeutas de forma a entender as bases conceptuais em que se baseiam os raciocínios dos fisioterapeutas</b>	4,20	4,00	18,8	80	4,38	4,50	17,0	87,5
<b>Perceber as diferenças entre recuperação pela evolução natural da condição e efeito do tratamento</b>	4,10	4,00	13,8	90	4,13	4,00	15,5	87,5
<b>Validade/Fiabilidade de testes</b>	3,90	4,00	22,5	80	4,13	4,00	8,6	100

Nota: Segundo os critérios predefinidos o tema “Perceber se existem diferenças significativas a nível de ensino superior em fisioterapia entre as diferentes instituições de ensino em Portugal, bem como em lecionamento de temas sem evidência científica” seria eliminado por apresentar uma percentagem de consenso inferior a 70% (valor definido para a terceira ronda)

### **Avaliação dos formulários pelos participantes**

<b>Questões de avaliação dos formulários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Considera os itens dos formulários claros e fáceis de compreender</b>	70%	30%*
<b>Considera algum item/ palavra pouco clara ou ambígua</b>	100%	0%
<b>Considera as instruções do formulário claras e fáceis de compreender?</b>	100%	0%
<b>Considera que a maioria dos itens são relevantes para si?</b>	100%	0%

\*– Participante referiu que deveria existir temas predefinidos para se guiarem pela definição de prioridades.

## APÊNDICE C

### DEFINIÇÕES E PROCESSO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

<b>1º Passo</b>	Selecionar a unidade de análise	Palavras, frases ou parágrafos contendo aspetos relacionados entre si através de seu conteúdo e contexto. Neste trabalho o contexto é a questão de investigação. Assim, tema e justificação deve ser considerada em conjunto com a questão de investigação.
<b>2º Passo</b>	Condensar a a unidade de análise	Condensação é o processo de redução do texto mantendo a sua essência. Representa o conteúdo manifesto do tópico a investigar.
<b>3º Passo</b>	Codificar a unidade de análise	<p>Codificação- Códigos são ferramentas para pensar. Um código pode ser atribuído, por exemplo, a objetos discretos, eventos e outros fenômenos, e deve ser entendido em relação com o contexto (leia-se questão de investigação). As unidades de significado condensadas sofrem um <b>processo de abstração</b> e são rotuladas com um código. Não esquecer que o contexto (neste caso a questão de investigação) deve ser considerada ao condensar e rotular o significado das unidades em códigos.</p> <p>Categorização - Os vários códigos devem depois ser comparados com base em diferenças e semelhanças e classificados em subcategorias e categorias, que constituem o conteúdo manifesto. Uma categoria é um grupo de conteúdo que partilha uma semelhança/ comunalidade. Uma categoria responde à pergunta "O quê?" e pode ser identificado como um fio condutor ao longo dos códigos. <b>Uma categoria refere-se principalmente ao nível descritivo de conteúdo</b> e pode ser visto como uma expressão do conteúdo manifesto do texto. Uma categoria geralmente inclui várias subcategorias ou subcategorias em diferentes níveis de abstração. As subcategorias podem ser classificadas e abstraídas numa categoria ou uma categoria pode ser dividida em subcategorias. <b>As categorias são mutuamente exclusivas.</b></p> <p>As categorias preliminares são discutidas <b>por um mínimo de dois investigadores e revistas</b>. O que diferir entre os investigadores (por exemplo, julgamento sobre <b>o que inclui temas investigáveis/ não investigáveis</b>) deve ser objeto de discussão e análise. Do processo de reflexão e discussão deve resultar <b>um acordo sobre como classificar os códigos</b>. Finalmente, o significado subjacente, isto é, o conteúdo latente, das categorias, <b>é utilizado para formular um tema.</b></p>
<b>4º Passo</b>	Categorizar os códigos	
<b>5º Passo</b>	Consensualizar as categorias/ subcategorias	
<b>6º Passo</b>	Identificar os Tema	O conceito de tema tem vários significados e criar temas é uma forma de relacionar os significados subjacentes conjuntamente, em categorias. Um tema responde à questão "Como?". Consideramos um tema como o fio condutor de um significado subjacente, refletido através das unidades condensadas de significado, códigos ou categorias, a <b>um nível interpretativo</b> . Um tema pode ser visto como expressão do conteúdo latente do texto. Como todos os dados têm múltiplos significados, os temas não são necessariamente mutuamente exclusivos. Uma unidade de significado condensada, um código ou uma categoria pode surgir em mais do que um tema. <b>Um tema pode ser construído por sub-temas ou divididos em sub-temas.</b>

## APÊNDICE D

### FORMULÁRIO O DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.

#### FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. **Sexo:** Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Escola de formação base:**

\_\_\_ Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

\_\_\_ Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

\_\_\_ Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde

\_\_\_ Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

\_\_\_ Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

\_\_\_ Instituto Politécnico de Porto - Escola Superior de Saúde

\_\_\_ Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro

\_\_\_ CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

\_\_\_ CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

\_\_\_ Escola Superior de Saúde Atlântica

\_\_\_ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha

\_\_\_ Escola Superior de Saúde de Santa Maria

\_\_\_ Escola Superior de Saúde de Alcoitão

\_\_\_ Escola Superior de Saúde Egas Moniz

\_\_\_ Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve

\_\_\_ Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia

\_\_\_ Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu

\_\_\_ Instituto Superior de Saúde do Alto Ave

\_\_\_ Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde

**4. Anos de experiência:** \_\_\_\_\_

**5. Formação acadêmica:**

\_\_\_ Licenciatura

\_\_\_ Pós-Graduação

\_\_\_ Mestrado

\_\_\_ Doutorado

**6. Tipo de prática:**

\_\_\_ Privada

\_\_\_ Pública

\_\_\_ Misto:

\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES COM CONDIÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS**

**1. Sexo:** Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

**2. Idade:** \_\_\_\_\_

**3. Nível de escolaridade**

\_\_\_ Sem escolaridade

\_\_\_ Básico - 1º ciclo

\_\_\_ Básico - 2º ciclo

\_\_\_ Básico - 3º ciclo

\_\_\_ Secundário

\_\_\_ Superior - Licenciatura

\_\_\_ Superior - Mestrado

\_\_\_ Superior – Doutorado

\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

**4. Patologia/condição de saúde**

\_\_\_ Fibromialgia

\_\_\_ Síndrome da Fadiga Crônica

\_\_\_ Artrite Reumatóide

\_\_\_ Espondilite Anquilosante

\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

**5. Diagnosticado há (anos):** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E

### REQUERIMENTO À COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO (CEEI-ESS) E PARECER FAVORÁVEL



Setúbal, 31 de agosto de 2017

Exmos. Membros da Comissão Especializada  
de Ética para a Investigação CEEI-ESS

**Assunto:** Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para a Investigação, CEEI-ESS, para implementação de programa de investigação

O meu nome é Lúcia Catarina Soares Gomes, e sou estudante do 2º de mestrado em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Atualmente encontro-me a desenvolver um estudo que aborda a temática das prioridades de investigação em Portugal na área da fisioterapia musculo esquelética. O objetivo deste estudo é identificar as prioridades de investigação nesta área e orientar uma agenda de investigação com o sentido de colmatar as lacunas existentes e criar uma base de evidência verdadeiramente útil para a realidade da nossa prática. Desta forma, a prática clínica dos fisioterapeutas disporá de evidência científica capaz de se adequar à realidade e às necessidades dos utentes, nesta área específica no nosso país.

Para tal, venho por este meio solicitar o vosso parecer acerca da qualidade e integridade do presente estudo no que se refere às questões éticas inerentes ao contacto e recrutamento dos potenciais participantes, nomeadamente, no que respeita aos procedimentos adotados para preservar os direitos dos participantes no estudo, em particular o seu consentimento informado, a proteção do anonimato e a confidencialidade dos dados.

Com os melhores cumprimentos,

*Lúcia Catarina Soares Gomes*

## COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº 17/LM/2017

### **SOLICITAÇÃO**

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS, relativo ao estudo “Prioridades de Investigação em Fisioterapia Músculo-Esquelética em Portugal utilizando o método modificado de Delphi”. O estudo é proposto pela estudante Lúcia Catarina Soares Gomes para cumprimento dos requisitos legais do título de Mestre em Fisioterapia em Condições Músculo - esqueléticas e é orientado pelo Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz.

### **DOCUMENTAL**

O pedido é acompanhado por:

1. Requerimento do parecer de revisão ética;
2. Dossier de submissão: sinopse do estudo, Carta/ Convite aos Participantes com informação do estudo; Formulário de Consentimento Informado; Exemplo de Formulário para recolha de dados.

### **ANÁLISE E PARECER**

1. O estudo tem como objetivo identificar as prioridades de investigação em Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas (PIFCME), de forma a estabelecer uma agenda de investigação útil para a criação de uma base de

evidência e capaz de orientar questões de investigação em cursos graduados e pós-graduados de fisioterapia músculo-esquelética em Portugal.

2. A amostra será constituída por quatro painéis de participantes fisioterapeutas com grau de mestre, docentes que lecionem na área da fisioterapia em condições músculo-esqueléticas, supervisores de estágio de cursos graduados e pós-graduados de fisioterapia músculo-esquelética, e *experts* clínicos, que cumpram os critérios de inclusão/exclusão definidos. É apresentado o procedimento de recrutamento dos participantes,
3. É proposta uma ficha informativa, bem como um formulário de consentimento informado. Foi corrigida a identificação do investigador sendo substituída por contactos institucionais.
4. De acordo com a Ficha Informativa para Participantes, os "dados sociodemográficos, clínicos serão codificados por mim (Lúcia Gomes) e as suas respostas ao formulário serão tratadas de forma anónima numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos". É clara a forma como os dados sociodemográficos serão tratados não possibilitando a identificação dos participantes.
5. É referido que a informação será "armazenada em lugar seguro", com referência ao tempo em que tal ocorrerá e também explicitado o período temporal (5 anos) após o qual os dados serão destruídos.

Apreciados os elementos apresentados pela estudante os quais permitiram a clarificação dos aspetos relativos a realização do estudo, emite-se parecer favorável a sua realização.

15 de novembro 2017

  
P<sup>l</sup>a CEEI-ESS/IPS

## APÊNDICE F

### CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

#### **Ficha Informativa para Participantes – via e-mail**

#### **Prioridades de Investigação em Fisioterapia Músculo-Esquelética em Portugal utilizando o método modificado de Delphi**

Caro \_\_\_\_\_,

O meu nome é Lúcia Gomes, e sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Atualmente, encontro-me a realizar um estudo intitulado “**Prioridades de Investigação em Fisioterapia Músculo-Esquelética em Portugal utilizando o método modificado de Delphi**”, sob a orientação do Prof. Eduardo Cruz e co-orientação do Prof. Diogo Pires, que pretende contribuir para a **criação de uma agenda de investigação** útil capaz de orientar questões de investigação em cursos graduados e pós-graduados de fisioterapia músculo-esquelética em Portugal.

Gostaria de convidá-lo a participar neste estudo, composto por três diferentes rondas - sendo esta a Ronda 1-, preenchendo um formulário *online*.

Para participar, por favor utilize o endereço abaixo e o respetivo código de acesso atribuído ao seu email.

**Link:**

**Código:**

O formulário estará disponível durante **3 semanas**, até ao dia **03/05/2018**, pelo que lhe é pedido o preenchimento do formulário dentro do prazo estabelecido.

Obrigada desde já pelo seu contributo.

Com os melhores cumprimentos,

Lúcia Gomes

### **Ficha Informativa para Participantes** – formulário *online*

O meu nome é Lúcia Catarina Soares Gomes, e sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Neste momento estou a desenvolver um estudo que tem por objetivo **identificar as prioridades de investigação em Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas em Portugal** e auxiliar na concretização de uma agenda de investigação.

Na sua qualidade de **educador clínico em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas**, venho por este meio, solicitar a sua colaboração para o desenvolvimento desta investigação.

Se **não cumpre** algum dos critérios<sup>2</sup> abaixo apresentados, por favor, **termine** o formulário por aqui.

- ✓ Formação base em Portugal
- ✓ Prática clínica atual em Portugal

---

<sup>2</sup> Ficha Informativa de exemplo para educador clínico em FCME

## Consentimento Informado para Participantes

Caro(a) colega,

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

A sua participação no estudo é completamente voluntária e objetivo do mesmo é **identificar as prioridades de investigação em condições músculo-esqueléticas em Portugal** de forma a orientar a criação de uma agenda de investigação científica na área.

Foi selecionado(a) pela sua qualidade de **expert clínico/docente/educador clínico/mestre em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas/ pessoa com condição de saúde músculo-esquelética** e por preencher os critérios de seleção definidos pela investigadora.

Para participar neste estudo terá de responder a este formulário dentro do período estabelecido pela investigadora, que terá a duração de 2 semanas.

Não são esperadas quaisquer implicações negativas ou positivas da sua participação no estudo. Tem, igualmente, o direito de colocar durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão e pode abandonar o mesmo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação, e sem que isso reflita implicações na sua prática.

Importante referir que a plataforma **guarda automaticamente** as respostas dadas nas diferentes secções, podendo **retomar o formulário** assim que quiser, desde que dentro dos prazos definidos.

Será utilizado um sistema de codificação da sua identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato. Os dados serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, mas nunca de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Para continuar, por favor seleccione o item abaixo:

- Declaro que li e compreendi os procedimentos descritos acima e aceito participar no estudo.

## **APÊNDICE G**

TEMAS PROPOSTOS PELOS PARTICIPANTES NA RONDA 1

Tema proposto	Justificação	Unidade de significado	Unidade de significado condensada- descrição próxima do texto	Código
Origem da doença (fibromialgia)	Para resolver a questão em vez de a adormecer com medicação	Tema Generalista		
Identificação correta dos sintomas da fibromialgia	Há sintomas <i>standard</i> , mas eu tenho outros sintomas que não nós tratar, choques elétricos por exemplo	Identificação dos sintomas da fibromialgia; eu tenho outros sintomas	Identificação de todos os sintomas associados à fibromialgia	Choques Elétricos Fibromialgia
Despistar doença noutras áreas/especialidades médicas (fibromialgia)	Embora seja um problema muscular esta doença influência ou está associada a outros problemas de saúde. A reumatologia não tem resposta para a maior parte dos sintomas e a psiquiatra diz nada ter a ver com ela.	Tema Fora do Objetivo		
Encontrar forma de todas as medicinas entenderem e aceitarem a fibromialgia	Estou desde janeiro de baixa e, além da junta médica desvalorizar a fibromialgia alegando que essa doença requer é movimento e que me permitiu ficar de baixa por ir ter consulta de psiquiatria, pois estou com quadro de depressão e isso sim é motivo para baixa	Tema Fora do Objetivo		
Encontrar maneira do paciente ter qualidade de vida (fibromialgia)	Muitas vezes não vivemos, sobrevivemos	Tema Generalista		
Controlo da dor na fibromialgia		Tema Generalista		
Gestão do Cansaço na fibromialgia		Tema Impercetível		
Massagem em fibromialgia		Tema Generalista		
Alongamentos em fibromialgia		Tema Generalista		
Fibromialgia		Tema Generalista		
Distonia		Tema Generalista		
Fraqueza muscular		Tema Generalista		
Miopatia		Tema Generalista		
Poliomiosite		Tema Generalista		
Capacitação técnicas	Fisioterapeutas especializados na patologia	Tema Generalista		
Sintomas diversificados da doença	A mesma doença tem impactos diferentes nos pacientes	Sintomas diversificados; Impactos diferentes nos pacientes	Diversidade de sintomas e impacto	Relação sintomas/impacto da FM
Formação dos doentes	Um maior conhecimento da doença por parte do doente complementa o papel do terapeuta	Formação dos utentes; conhecimento da doença por parte do utente para complementar o papel do terapeuta	Papel da formação e conhecimentos do utente sobre o seu problema	Ensino e conhecimentos dos utentes (otimização dos resultados)
Conhecimento da envolvente	O apoio e compreensão da família é	Tema Generalista		

familiar	essencial			
Formação de grupos de apoio	Partilha como forma terapêutica	Tema Fora do Objeto		
Postura fibromialgia	Doença profissional	Tema Generalista		
Depressão	Psicossocial, afetivo	Tema Fora do Objeto		
Exercício físico	Inércia física	Tema Generalista		
Fibromialgia	Qualidade de vida	Tema Generalista		
Artrite reumatoide	Poder atenuar a dor degenerativa	Tema Imperceptível		
Dor crónica	Qualidade de vida	Tema Generalista		
Como se pode atenuar a dor sem recurso a medicação	Porque o paciente tem de se encharcado de medicação para atenuar as dores	Como se pode atenuar a dor sem medicação	Redução da dor sem medicação	Redução da dor sem medicação
Dar prioridade e atenção à informação prestada pelo doente	Sendo que muitas vezes a Fibromialgia não tem é a diagnosticada corretamente	prioridade e atenção à informação prestada pelo utente; Fibromialgia não é diagnosticada corretamente	Relevância da informação prestada pelo utente para o diagnóstico	Indicadores subjetivos/utente para o diagnóstico
Estarem os fisioterapeutas devidamente informados sobre a Fibromialgia	Porque muitas vezes, esta é a tratada com ligeireza e desconhecimento da mesma	Fisioterapeutas devidamente informados; ligeireza e desconhecimento dos fisioterapeutas	Conhecimentos dos Fisioterapeutas sobre Fibromialgia	Conhecimento dos fisioterapeutas (fibromialgia)
Fáscias	Manipulação é importante	Tema Generalista		
Electroacupuntura	Grandes benefícios	Tema Generalista		
Alongamentos	Muitas contraturas	Tema Generalista		
Bio feedback	Não invasivo	Tema Generalista		
Medicina quântica	Muito importante	Tema Fora do Objeto		
Alívio da dor alternativo a medicação	A medicação existente não serve para todos os doentes	Alívio da dor alternativo a medicação; A medicação existente não serve para todos os doentes	Alternativas à medicação para alívio da dor	Redução da dor sem medicação
Alimentação adequada para os doentes de FM e SFC	A Alimentação também ajuda na diminuição das dores	Tema Fora do Objeto		
Exercícios adequados aos Doentes de fibromialgia e Síndrome Fadiga crónica	Nem todos os exercícios se adequam a todos	Exercícios adequados aos doentes (FM; SFC); nem todos os exercícios se adequam a todos	Exercícios adequados para cada tipo de doentes (FM; SFC)	Exercício específico/ personalizado (FM/SFC)
Contraturas musculares	Adequado tratamento quando devidas a doenças reumáticas	Contraturas musculares; tratamento adequado; doenças reumáticas	Tratamento adequado para contraturas musculares de origem reumatológica	Intervenção em contraturas musculares (origem RM)
Cervicalgias	Adequado tratamento quando devidas a doenças reumáticas	Tratamento adequado para cervicalgias devidas a doenças reumáticas	Tratamento adequado para dor cervical de origem reumatológica	Intervenção em dor cervical (origem RM)
Hérnias	Adequado tratamento quando devidas a doenças reumáticas	Tratamento adequado para hérnias devidas a doenças reumáticas	Tratamento adequado para hérnias de origem reumatológica	Intervenção em hérnias (origem RM)
Causa FM	Prevenção	Tema Generalista		
Sintomas FM	Tratamentos individualizados	Tema Generalista		

Incapacidades físicas	Evolução nos tratamentos	Incapacidade; Evolução nos tratamentos	Evolução da incapacidade ao longo dos tratamentos	Curso clínico durante a intervenção
Consequências mentais	Encaminhamento para outras áreas	Tema Fora do Objetivo		
Qualidade de vida/ Cura	Sucesso da Investigação	Tema Generalista		
Músculos	Diminuir a dor	Tema Generalista		
Importância da fisioterapia na fibromialgia	Quais os benefícios da fisioterapia na diminuição de sintomas	fisioterapia na fibromialgia; Benefícios da fisioterapia na diminuição de sintomas	Benefícios da fisioterapia na diminuição de sintomas (FM)	Benefícios - sintomas FM
A fisioterapia incluída na equipa multidisciplinar	Necessidade de apoio de fisioterapia numa equipa multidisciplinar no tratamento da fibromialgia	Tema Generalista		
Equidade de acesso	Necessidade de um acesso facilitado aos tratamentos de fisioterapia	Tema Generalista		
Fibromialgia	Muito incapacitante	Tema Generalista		
Fadiga crónica	Ter qualidade de vida	Tema Generalista		
Técnicas de relaxamento	Adquirir uma vida melhor	Tema Generalista		
Identificar as várias zonas de dor	Saber como tratar as variadas dores não são iguais para todos	Tema Generalista		
Fisioterapia mais adequada as condições de cada pessoa	As queixas são muito diferentes nas variadas pessoas e mutáveis.	Fisioterapia mais adequada...a cada pessoa; As queixas são muito diferentes nas variadas pessoas e mutáveis.	Intervenção ajustada às queixas de cada pessoa	Intervenção ajustada aos sintomas
Adaptação da fisioterapia consoante queixas	Há sempre novas lesões e dores que aparece ou se intensificam. Os tratamentos têm de ser ajustáveis a condição do paciente naquele momento	Tratamentos...ajustáveis à condição do paciente naquele momento	Intervenção variável de acordo com a condição do utente em cada momento	Adaptação das intervenções aos sintomas
Muscular	Músculos fracos para susterm os ossos	Tema Generalista		
Coluna vertebral	Dores intensas em toda a coluna	Tema Generalista		
Articulações	Restrição de movimentos e dor	Tema Generalista		
Células musculares	Agitação das células para alívio da doe	Tema Fora do Objetivo		
Energia	Como promover a motivação para nos mexermos/	Como promover a motivação para nos mexermos	Intervenção para promoção/motivação para a atividade física	Intervenção motivacional/ comportamental para atividade física
Investigação científica	Causa da patologia	Tema Generalista		
Tratamentos alternativos	Acupuntura, fisioterapia,	Tema Generalista		
Reabilitação do paciente	Para cura e ou melhoramento da qualidade de vida	Tema Generalista		
Medicação alternativa	Medicamentos com menos efeitos secundários aos atuais	Tema Fora do Objetivo		

Minimizar a Dor	Dificulta as tarefas diárias	Tema Generalista		
Sistema urinário	Pouca informação na área e métodos na ajuda a quem tem dificuldade em urinar	Tema Fora do Objetivo		
Acesso mais rápido aos fisioterapeutas	Consultas do estado raras ou tardias	Tema Fora do Objetivo		
Visitas aos domicílios	A dor dificulta a mobilidade	Tema Generalista		
Fibromialgia é doença, dar conhecimento aos profissionais de saúde	Encontrar no meio profissionais que ainda desconhecem	Tema Generalista		
Perceber a ligação entre músculos e cérebro	Entender o porquê que os músculos enviam mensagem falsas, e o cérebro interpreta como certas	Tema Generalista		
Como resolver o problema da qualidade do sono, com as dores matinais	Entender a relação fadiga/dor	Como resolver qualidade do sono; entender a relação fadiga/dor	Melhorar qualidade dor sono; Relação fadiga/dor	1) Melhoria do sono 2) Relação dor/fadiga
Entender como a fibromialgia interage com a SFC.	Para melhorar recaídas tanto da fibromialgia como da SFC	Entender como a fibromialgia interage com a SFC. Para melhorar recaídas...	Interação Fibromialgia e SFC de forma reduzir recaídas	Relação Fibromialgia/SFC
Porquê que fazer caminhadas resulta no nosso caso	Caminhar gera esforço, só que esse esforço torna as dores e cansaço suportável	Porquê que fazer caminhadas resulta; Esforço torna dores e cansaço suportáveis	Razão para os benefícios das caminhadas na dor e fadiga	Razão para os benefícios do exercício
O descanso total faz-nos melhor durante uma recaída	Para perceber qual é a melhor altura para nos motivarmos depois de numa recaída	Tema Generalista		
Mecanoterapia	Preservação/Melhoria da massa muscular	Tema Generalista		
Cinesioterapia	Prevenção da atrofia muscular e tendões	Cinesioterapia; Prevenção da atrofia muscular e tendões	Cinesioterapia na prevenção da atrofia muscular/tendões	Cinesioterapia na prevenção da atrofia muscular/tendões
Fisioterapia cardíaca	Melhoria da resistência	Tema Generalista		
Alívio da dor	Dores injustificáveis	Tema Generalista		
Qualidade de vida	Sentirmo-nos limitadas	Tema Generalista		
Meios adequados para nos fazermos exercício	Não existe locais, nem pessoas próprias para nos compreenderem e acompanharem nessa luta do exercício.	Tema Fora do Objetivo		
Auto exercícios	Rigidez muscular	Tema Generalista		
Ligação entre a área psicológica e a física	Dor	Tema Generalista		
Dor	Compreender a queixa do paciente	Tema Generalista		
Tratamento relaxante	Tudo o que possa aliviar a dor relaxamento ajuda bastante	Tema Generalista		
A intensidade e pressão utilizada pelo terapeuta	Pelo facto de cada pessoa sentir a dor com intensidade diferente	A intensidade e pressão utilizada pelo terapeuta; cada pessoa sentir	Adequação da intensidade/pressão do FT a cada utente	Adequação da intensidade/pressão do FT

		dor com intensidade diferente		
Alimentação	Pelas evidências em outros estudos	Tema Fora do Objetivo		
Apoio psicológico	Pelas evidências em outros estudos	Tema Fora do Objetivo		
Tratamentos não-farmacológicos	Pelas evidências em outros estudos	Tema Generalista		
Exercícios respiratórios		Tema Fora do Objetivo		
Alongamentos		Tema Generalista		
Massagens mais suaves		Tema Generalista		
Dor na AR e FM	Porque é diária	Tema Generalista		
Insônia AR e FM	Sono não reparador	Tema Fora do Objetivo		
Fadiga AR e FM	Cansaço físico e psicológico	Tema Generalista		
Mecanoterapia	Dada a dificuldade de um portador de SFC de realizar exercício físico, a manutenção e/ou fortalecimento muscular é crucial.	Tema Generalista		
Fisioterapia cardiopulmonar	Dada a dificuldade de um portador de sfc em realizar exercício físico, é fundamental a manutenção da sua capacidade cardiopulmonar, visto existir uma correlação direta entre	Tema Generalista		
Fisioterapia no Local de Trabalho	Para minimizar o efeito e/ou corrigir posturas ergonomicamente más que, por conseguinte, afetam a musculatura	Fisioterapia no Local de Trabalho; Para minimizar o efeito e/ou corrigir posturas ergonomicamente más que, por conseguinte, afetam a musculatura	Fisioterapia no local de trabalho para prevenção de problemas musculares	Papel preventivo da fisioterapia laboral
Massoterapia	Minimização das dores musculares por vezes sentidas pelos portadores de SFC	Massoterapia; minimização das dores musculares...SFC	Benefícios da massagem na dor musculares em pessoas com SFC	Benefícios da massagem na dor (SFC)
Pilates clínico	Ser direcionado para cada pessoa	Tema Generalista		
Osteopatia	Ainda não é bem aceite e o acesso é dispendioso	Tema Fora do Objetivo		
Acupunctura	Acesso muito restrito e dispendioso	Tema Fora do Objetivo		
Dor		Tema Generalista		
Mobilidade		Tema Generalista		
Tratamentos		Tema Generalista		
Selecionar a pessoa	Sem limite de idade	Tema Impercetível		
Como diagnosticar?	Porque cada pessoa é diferente	Tema Generalista		
Adequar tratamento	Ter em conta outras patologias	Tema Generalista		
Terapia manual	Existe muita utilidade clínica das variadas técnicas de terapia manual, fazem parte do quotidiano dos fisioterapeutas,	variadas técnicas de terapia manual...fazem parte do quotidiano...carece de evidência	Evidência para a utilização de várias técnicas de terapia manual	Evidência para as técnicas de Terapia Manual

	contudo carece de evidência			
Meios eletrofísicos	Existe uma sobrevalorização e excessiva utilização apesar de carecer de evidência	Tema Impercetível		
Terapia pelo Exercício	Apesar de já existir muita literatura com evidência, penso que em algumas condições específicas é necessário um base mais estável	Terapia pelo exercício... condições específicas é necessário um base mais estável	Terapia pelo exercício em condições específicas	Evidência para a terapia pelo exercício
Relações causa efeito: condição vs intervenção	Perceber que uma intervenção pode ter resultados diferentes em condições diferentes (ex: uma técnica para edema não tem de funcionar sempre de igual modo em todos os edemas)	Relação causa efeito: condição vs intervenção; uma intervenção pode ter resultados diferentes em condições diferentes (ex: uma técnica para edema não tem de funcionar sempre de igual modo em todos os edemas)	Resultados distintos de uma intervenção numa mesma condição	Subgrupos com repostas diferentes à intervenção
Fatores de risco e prevenção	Existe uma lacuna enorme em estudos longitudinais com follow up, que permitam estabelecer relações claras entre fatores de risco e forma de reduzir incidência de lesões	estudos longitudinais com follow up; relações claras entre fatores de risco e forma de reduzir incidência de lesões	Relações longitudinais entre presença de fatores de risco e lesões	Relação fator de risco/ lesão
Dor crónica	Apesar de existibilidade em	Tema Generalista		
Fatores de prognóstico		Tema Generalista		
Prevenção de lesões		Tema Generalista		
Lombalgia	Incidência e prevalência	Lombalgia; Incidência e prevalência		Incidência/prevalência dor lombar
Raquiálgia com sintoma irradiado	Incidência	Raquiálgia com sintoma irradiado; incidência	Incidência de raquiálgia com irradiação dos sintomas	Incidência sintomas irradiados (coluna)
Eletroterapia em condições ME	É muito utilizada em Portugal, mas sem evidências de efetividade	Eletroterapia...sem evidência de efetividade	Ausência de evidencia sobre efetividade da Eletroterapia	Efetividade Eletroterapia
Síndrome túnel cárpico	Pouco investimento	Tema Generalista		
Efeitos terapia manual	Área maioritária da prática clínica com pouca evidência	Efeitos terapia manual; pouca evidência	Ausência de evidencia sobre efeitos da terapia manual	Efeitos da Terapia Manual
Técnicas Passivas vs ativas vs ativo-passivas (quais os mecanismos que)	De que forma podem e devem ser orientadas para uma prática baseada na evidência	Técnicas Passivas vs ativas vs ativo-passivas (quais os mecanismos)	Mecanismos associados a Técnicas Passivas vs. Ativas vs ativo-passivas	Mecanismos de Ação (Técnicas Passivas vs ativas vs ativo-passivas)
Exercício terapêutico	De que forma deve ser introduzido na prática clínica	Tema Impercetível		
Comunicação e influência nos outcomes	Quantificar e qualificar efeitos	Comunicação e influência no outcomes; quantificar e qualificar efeitos	Quantificação da influência da comunicação nos outcomes	Impacto da comunicação nos outcomes
Relação entre background cultural e		Relação entre background cultural e	Relação entre background cultural e	Impacto do Background

efeitos da fisioterapia em condições musculó - Esqueléticas		efeitos da fisioterapia	efeitos da fisioterapia	cultural nos resultados
Relação custo-eficácia da fisioterapia músculo-esquelética em relação a outras abordagens ou outros modelos de intervenção	É fundamental demonstrar a importância/vantagem do investimento na fisioterapia de qualidade	Relação custo-eficácia da fisioterapia músculo-esquelética em relação a outras abordagens ou outros modelos de intervenção;	Custo-eficácia da fisioterapia versus outras intervenções	Custo-eficácia (fisioterapia vs outras intervenções)
Efetividade da fisioterapia nas mais diversas condições clínicas	É essencial provar cientificamente aquilo que clinicamente os fisioterapeutas vão constatando, através de estudos clínicos.	Efetividade da fisioterapia nas mais diversas condições; provar cientificamente aquilo que clinicamente os fisioterapeutas vão constatando	Demonstração científica da efetividade da fisioterapia em diversas condições	Efetividade das intervenções de Fisioterapia
Efetividade da abordagem cognitiva na dor	Na transição para um novo paradigma de intervenção da fisioterapia, muito baseado no aconselhamento e abordagens cognitivas, é essencial estudar até que ponto é eficaz ou se devem ser associados a outras intervenções como a terapia manual e/ou exercício terapêutico	Efetividade da abordagem cognitiva na dor; aconselhamento e abordagens cognitivas, é essencial estudar até que ponto é eficaz ou se devem ser associados a outras intervenções	Efetividade da intervenção cognitiva na dor como única intervenção ou associada a outras (exercício; TM)	1) Efetividade intervenção cognitiva 2) Intervenção cognitiva com/sem outras intervenções de fisioterapia
Terapia manual	É a área mais representativa da intervenção em Fisioterapia, pelo que é essencial que exista uma base sólida de evidência dos seus mecanismos e resultados/efeitos.	Terapia Manual; base sólida de evidência dos seus mecanismos e resultados/efeitos.	Mecanismos e efeitos da terapia manual	1) Mecanismos de Ação da TM 2) Efetividade TM
Técnicas de taping neuromuscular	Existe uma disseminação destas abordagens sem existirem bases de evidência fortes para suportar o seu uso.	Taping neuromuscular; sem existirem bases de evidência fortes para suportar o seu uso	Ausência de evidência para utilização de taping neuromuscular	Efetividade taping neuromuscular
Terapia pelo Exercício	Área cada vez mais importante em condições músculo-esqueléticas que necessita de ser estudada de forma a tornar mais eficiente a sua utilização/prescrição melhorando os resultados obtidos.	Exercício; necessita de ser estudada de forma a tornar mais eficiente a sua utilização/prescrição melhorando os resultados obtidos.	Melhorar a eficiência dos exercícios de forma a melhorar os seus resultados	1) Efetividade exercícios 2) Prescrição/características do exercício
Eletroterapia e outros meios físicos	É uma área bastante utilizada, embora sem o ser de forma correta e adequada. É necessário conhecer qual a sua base de evidência real de forma a ser usada de forma racional e fisiologicamente correta.	Eletroterapia e outros meios físicos; conhecer qual a sua base de evidência real de forma a ser usada de forma racional e fisiologicamente correta	Ausência de evidência dos efeitos fisiológicos da eletroterapia/meios físicos	Efeitos fisiológicos da eletroterapia/meios físicos
Terapia manual	Pouca informação na nossa população	Tema Generalista		
Eletroterapia	Elevada utilização na prática clínica, mas sem grande evidência	Tema Generalista		

Avaliação em condições músculo-esqueléticas	Pertinência na atividade do fisioterapeuta	Tema Impercetível		
Mecanismos fisiológicos da dor crónica	Alta prevalência e incidência	Tema Fora do Objetivo		
Meios de intervenção para controlo ou tratamento dos problemas crónicos do foro músculo-esquelético	Alta prevalência e incidência	Meios de intervenção para controlo ou tratamento dos problemas crónicos	Intervenções para controlo e tratamento de condições crónicas	Intervenção em condições crónicas
Fatores de risco para a patologia músculo-esquelética crónica em Portugal	Alta prevalência e incidência	Fatores de risco para a patologia músculo-esquelética crónica em Portugal	Fatores de risco para condições ME crónica em Portugal	Fatores de risco - condições ME crónicas
Evidência para o uso/ não uso da eletroterapia em Condições Músculo-esqueléticas	Grande utilização por parte dos Fisioterapeutas	Evidência para o uso/ não uso da eletroterapia em Condições Músculo-esqueléticas	Efetividade da eletroterapia em condições ME	Efetividade Eletroterapia
Relação entre relatórios imagiológicos e as diferentes condições músculo-esqueléticas	Facilitação de comunicação interprofissional	Tema Impercetível		
Lesões musculares	Como prevenir, tempos de recuperação	Lesões musculares; como prevenir; tempos de recuperação	Prevenção de lesões musculares e tempos de recuperação	1)Prevenção de lesões musculares 2) Timings de recuperação lesões musculares
Tendinites	Perceber qual a etiologia e melhor tratamento	Tendinites; melhor tratamento	Melhor intervenção para tendinites	Efetividade em tendinopatias
Entorses	Qual melhor abordagem à recuperação e como prevenir	Entorses; como prevenir; melhor abordagem à recuperação	Prevenção de entorses e melhor intervenção	Efetividade da intervenção/prevenção entorses
Lombalgias	Prevenção e tratamento	Tema Generalista		
Postura	Há cada vez mais pessoas preocupadas com a sua postura nas suas AVD's	Tema Generalista		
A corrida e as suas implicações nas lesões de joelho, anca e pé	Muitas pessoas que optam pela corrida em detrimento dos ginásios	A corrida e as suas implicações nas lesões de joelho, anca e pé	Implicações da corrida nas lesões do joelho, anca e pé	Lesões Minf associadas à corrida
Dor lombar cronica	Existência de muitos casos	Tema Generalista		
Disfunções do movimento/Motor Control		Tema Generalista		
Dor Crónica e suas implicações		Tema Generalista		
Terapia Manual - Evidência e Prática clinica		Tema Generalista		
Exercício / terapia pelo movimento		Tema Generalista		
Diagnóstico funcional em Fisioterapia na área neuro músculo-		Tema Generalista		

esquelética				
Fatores de prognóstico	De forma a darmos uma melhor resposta aos pacientes dos tempos concretos do tratamento e dos resultados esperados. Existe ainda muito pouca evidência nesta área.	Fatores de prognóstico; uma melhor resposta aos pacientes dos tempos concretos do tratamento e dos resultados esperados; pouca evidência	Ausência de evidência sobre fatores de prognóstico de forma dar uma melhor resposta aos pacientes sobre tempos de intervenção e seus resultados	Fatores de prognóstico para os resultados
Prevenção de lesões	Apesar de existir alguma investigação na área do desporto o mesmo não acontece na população designada por a população normal de uma clínica	Tema Generalista		
Desenvolvimento de algoritmos para a seleção dos melhores tratamentos naquela situação específica	Apesar de existirem algumas guidelines para o tratamento de algumas condições clínicas específicas seria interessante desenvolver ferramentas no sentido de elaborar algoritmos que contabilizassem os fatores biopsicossociais de forma a escolher melhor o tipo de tratamento a aplicar, assim como existe os algoritmos para decidir se um paciente com uma entorse deve ou não realizar um rx.	Desenvolvimento de algoritmos para a seleção dos melhores tratamentos; elaborar algoritmos que contabilizassem os fatores biopsicossociais de forma a escolher melhor o tipo de tratamento a aplicar	Inclusão de fatores biopsicossociais em algoritmos de decisão das intervenções	Intervenção direcionada a fatores específicos (algoritmos de decisão)
Fisioterapia no pós-operatório imediato	Existe pouca investigação nesta área, à exceção da área ligada ao desporto	Tema Generalista		
Relação entre dor crónica e a disfunção visceral	Nova evidência sobre a relação entre a o intestino e o sistema imunitário.	Tema fora do Objetivo		
Casos clínicos práticos	Necessidade de uma evidência científica mais focada para os clínicos	Tema Generalista		
Relação entre a dor central e os traumas emocionais	Pelos casos clínicos que nos surgem	Relação entre a dor central e os traumas emocionais	Dor central e traumas emocionais	Relação dor central e traumas emocionais
Frozen shoulder e a psicossomática	Disfunção muito influenciada pela psic	Frozen shoulder e a psicossomática; Disfunção muito influenciada pela psic	Relação entre "ombro congelado" e fatores psicossomáticos	Relação entre "ombro congelado" e fatores psicossomáticos
Terapia manual		Tema Generalista		
Exercício terapêutico		Tema Generalista		
Eletroterapia		Tema Generalista		
Sensibilidade	As 3 áreas são complementares (ou a mesma, de certa forma): necessidade de perceber melhor os mecanismos pelo qual alteramos sintomas, inviabilizando ou não o raciocínio clínico que levou à intervenção do FT	Tema Impercetível		

Dor	As 3 áreas são complementares (ou a mesma, de certa forma): necessidade de perceber melhor os mecanismos pelo qual alteramos sintomas, inviabilizando ou não o raciocínio clínico que levou à intervenção do FT	Tema Impercetível		
Modelação de estímulos	As 3 áreas são complementares (ou a mesma, de certa forma): necessidade de perceber melhor os mecanismos pelo qual alteramos sintomas, inviabilizando ou não o raciocínio clínico que levou à intervenção do FT	Tema Impercetível		
Pediatria	Área muito esquecida nas condições músculo-esqueléticas	Tema Fora do Objetivo		
Craniana	Área desconhecida para muito fisioterapeutas, mas foco de muito problemas	Tema Generalista		
Atm	Relação multidisciplinar com outros profissionais de saúde	Tema Generalista		
Coluna vertebral	Mal dos tempos modernos	Tema Generalista		
Subclassificação dos utentes		Tema Generalista		
Efetividade das intervenções em fisioterapia		Tema Generalista		
Diagnóstico Diferencial em Fisioterapia		Tema Generalista		
Criação de clinical prediction rules para diversas condições músculo-esqueléticas		Tema Generalista		
Low back pain	Maior prevalência em ME	Tema Generalista		
Neck pain	Segunda maior prevalência em ME	Tema Generalista		
Knee pain	Terceira maior prevalência em ME	Tema Generalista		
Standards outcomes	Não existência de padronização em Portugal	Tema Generalista		
Modal of service delivery	Não existência de estudos nesta área em Portugal	Tema Generalista		
Especificar terapia manual	RCT's demasiado generalistas no tema sem especificar ou testar técnicas específicas	Tema Generalista		
Sistemas de Biofeedback	Aumentar a efetividade da informação	Aumentar efetividade; sistemas de biofeedback	Efetividade dos sistemas de biofeedback	Efetividade dos sistemas de biofeedback

Validação de escalas	Para recolher evidência é necessário ter instrumentos fiáveis e válidos para a população portuguesa	Validação de escalas...ter instrumentos fiáveis e válidos para a população portuguesa	Validação/estudo de instrumentos de medida	Validação/estudo de instrumentos de medida
Efetividade de programas de exercício e educação em neurociência da dor	Dada a prevalência da dor crónica e os gastos implicados, parece-me pertinente a educação em neurociência da dor juntamente com um programa de exercício direcionado para o controlo e diminuição da dor	Efetividade de programas de exercício e educação em neurociência da dor; controlo e diminuição da dor	Estudo da efetividade de programas de exercício e educação em neurociência da dor na intensidade da dor	Efetividade (exercício + educação em neurociência)
Efetividade dos modelos de intervenção em fisioterapia condições ME em Portugal	Para que melhores condições possam ser dadas aos pacientes no tratamento das condições ME, seria importante compreender se os modelos atuais de prestação de cuidados (público, privado, privado-convencionado) são eficientes, através da comparação entre vários locais e até dos resultados nacionais com os obtidos noutros países europeus	Efetividade dos modelos de intervenção em fisioterapia; compreender se os modelos atuais de prestação de cuidados (público, privado, privado-convencionado) são eficientes; comparação entre vários locais e até dos resultados nacionais com os obtidos noutros países europeus	Comparação da efetividade dos atuais modelos de cuidados (Público; privado; privado-convencionado) em diferentes locais (Portugal) e relativamente a outros países	1) Efetividade de diferentes modelos de cuidados (Público; privado; privado-convencionado) 2) Comparação dos resultados entre modelos, locais e países
Estudos qualitativos sobre a satisfação dos pacientes com a prestação de cuidados	Sendo a realidade portuguesa distinta da dos países de onde consultamos guidelines para a atuação, seria igualmente importante compreender se essas guidelines se ajustam ao contexto de prestação de cuidados em Portugal a nível da satisfação dos pacientes	Estudos qualitativos sobre a satisfação dos utentes com prestação de cuidados; compreender se essas guidelines se ajustam ao contexto...em Portugal a nível da satisfação dos pacientes	Satisfação dos utentes com cuidados e relação com intervenções recomendadas por guidelines	Satisfação dos utentes com intervenções recomendadas por guidelines internacionais
Epidemiologia das lesões desportivas	Faltam estudos que evidenciem a incidência de lesões em determinados desportos e que sejam representativos da modalidade em Portugal.	Epidemiologia das lesões desportivas; a incidência de lesões em determinados desportos	Incidência de lesões desportivas	Incidência de lesões desportivas
Dor lombar crónica	É uma patologia frequente, sendo interessante investir em estudos que suportem a eficácia da nossa intervenção.	Dor lombar crónica; estudos que suportem a eficácia da nossa intervenção	Eficácia das intervenções em dor lombar crónica	Eficácia das intervenções (DLC)
Recuperação após ligamentoplastia do LCA	As estratégias usadas nesta recuperação específica são variadas, sendo importante saber quais as mais eficazes.	Ligamentoplastia do LCA; quais as (estratégias) mais eficazes	Estratégias de intervenção mais eficazes na Ligamentoplastia do LCA	Eficácia das estratégias pós ligamentoplastia LCA
Dor crónica		<b>Tema Generalista</b>		
Mecanismos de ação da terapia manual		Mecanismos de ação da terapia manual	Mecanismos de ação da terapia manual	Mecanismos de ação TM
Exercício terapêutico		<b>Tema Generalista</b>		
Educação		<b>Tema Generalista</b>		

Raciocínio clínico		Tema Generalista		
Estudos de efetividade da intervenção da fisioterapia nas diversas condições Músculo-Esqueléticas face às condições reais de prática por contexto clínico	Reduzida evidência científica que suporte a prática clínica	efetividade da fisioterapia; face às condições reais de prática por contexto clínico; reduzida evidência	Falta de evidência sobre efetividade da fisioterapia em contexto real de prática	Efetividade da Fisioterapia em contexto real
Desenvolvimento de intervenções com maior eficiência	Tenho a percepção de que os utentes ficam "cansados" e considerar que estão a despende demasiados recursos financeiros com intervenções com média longa duração e acabam por procurar alternativas clínicas com intervenções mais curtas (por exemplo a osteopatia)	Intervenções com maior eficiência; demasiados recursos financeiros com intervenções com média longa duração e acabam por procurar alternativas clínicas com intervenções mais curtas	Desenvolvimento de Intervenções mais eficientes/custo-efetivas	Custo-efetividade/eficiência das intervenções
Área de Administração direcionada à fisioterapia	Os fisioterapeutas devem de demonstrar a relevância da sua participação na identificação e resolução de problemas administrativos no âmbito da prestação de cuidados de saúde/fisioterapia	Tema Fora do Objetivo		
Marketing	Com o aumento constante da concorrência de outras áreas profissionais, quer no âmbito público quer no privado, deve conseguir transmitir/vender mais e melhor os seus conteúdos (contextos de intervenção, procedimentos, benefício da sua prática, papel social etc).	Tema Fora do Objetivo		
Inovação relacionada com a fisioterapia	A fisioterapia deve acompanhar, "aproveitar" e contribuir para a evolução inovação tecnológica. Esta pode ser utilizada quer no âmbito da avaliação, diagnóstico funcional, prognóstico, intervenção	Tema Generalista		
Biofeedback-intervenção	Importante para aumentar a participação consciente do utente na sua reabilitação	Biofeedback. Intervenção; aumentar a participação consciente do utente	Melhorar a participação do utente através de biofeedback	Otimizar participação do utente na intervenção (biofeedback)
Guidelines reabilitação	Existem condições músculo esqueléticas muito frequentes sem guidelines estabelecidas	Tema Generalista		
Desenvolvimento de programas de treino	Ainda existe falta de programas de treino reabilitativo em diversas condições	Tema Generalista		

Terapêutica por ondas de choque	Não existe ainda investigação suficiente para definir protocolos e follow ups	ondas de choque; não existe investigação suficiente para definir protocolos e follow-ups	Protocolos e momentos de avaliação das intervenções por ondas de choque	1)Parâmetros e resposta aos protocolos de ondas de choque
Dor lombar crónica	1ª maior causa de absentismo laboral/maior causa de consulta médica por parte dos utentes	Tema Generalista		
Dor cervical crónica	2ª maior causa de consulta/prestação de serviços de fisioterapia	Tema Generalista		
Disfunção neuromuscular do joelho	3ª motivo de procura dos tratamentos de fisioterapia	Tema Generalista		
Disfunções neuro dinâmicas	4ª motivo de procura dos serviços de fisioterapia	Tema Generalista		
Disfunções músculo-esqueléticas ao nível do ombro	5ª motivo de procura dos serviços de fisioterapia	Tema Generalista		
Dor crónica	Percentagem de casos com esta condição que procuram Fisioterapia	Tema Generalista		
Exercício terapêutico	Necessidade de afirmação do fisioterapeuta nesta área	Tema Generalista		
Condições reumatológicas	Necessidade de afirmação do contributo do fisioterapeuta em prevenção/manutenção	Condições reumatológicas; contributo do fisioterapeuta em prevenção/manutenção	Contributo da fisioterapia na prevenção/intervenção de condições reumatológicas	Prevenção/intervenção em condições reumatológicas
Doenças crónicas	Como lidar com a cronicidade da doença pois há uma grande incidência destes problemas	Doenças crónicas; como lidar com a cronicidade	Gestão de doenças crónicas	Gestão de doenças crónicas
Autonomia /responsabilização do utente	Penso que há muita gente a ficar dependente da ft. Até que ponto se responsabiliza o utente pelas suas melhoras?	Autonomia/Responsabilização do utente; Até que ponto se responsabiliza o utente pelas suas melhoras?	Utilização de estratégias de responsabilização do utente	Utilização de estratégias de responsabilização do utente
Sub classificação dor lombar	Sem melhorar a capacidade de identificar os diferentes tipos de subgrupos nos quais os utentes com dor lombar possam ser identificados, a investigação sobre tratamentos terá sempre um resultado mediano a medíocre, pois as intervenções não estarão a ser dirigidas ao problemas bio-pisco-sociais que fazem parte da experiência de dor ou disfunção da pessoa	Subclassificação da dor lombar; identificar os diferentes tipos de subgrupos; resultado mediano a medíocre; intervenções dirigidas	Identificação de subgrupo de utentes com dor lombar para desenvolvimento de intervenções dirigidas e melhoria dos resultados	1) Identificação de subgrupos (DL)
Sub classificação dor cervical	Necessidade de afirmação do fisioterapeuta nesta área	Sub classificação dor cervical	Sub classificação dor cervical	Sistemas de classificação dor cervical
Grau de implementação das	Existe um grande número de guidelines	Grau de implementação das	Razões para a não aplicação das	1) Nível de implementação

diferentes guidelines ME/limitações a implementação	feitas com mais ou menos suporte científico, mas que não são de todo aplicadas na prática clínica. Porquê? Como se poderia mudar?	diferentes guidelines ME/limitações a implementação; não são de todo aplicadas na prática clínica. Porquê? Como se poderia mudar?	guidelines na prática clínica, nível de implementação e estratégias para a sua implementação	das guidelines 2) Barreiras à implementação de guidelines 3) Estratégias para a implementação de guidelines
Aderência dos utentes a prescrição de exercício	Da prática percebe se facilmente que a maioria dos utentes não fazem os exercícios prescritos especialmente se for um caderno com uma dezena de exercícios, incluindo aquecimento, exercício e arrefecimento. Prescrever 1 ou 2 exercícios muito específicos parece ter melhor aceitação... seria interessante ver o grau de aceitação e execução de diferentes prescrições de exercícios e depois perceber os ganhos em saúde potenciais	Aderência dos utentes a prescrição de exercício; não fazem os exercícios prescritos especialmente se for um caderno com uma dezena de exercícios; ver o grau de aceitação e execução de diferentes prescrições de exercícios e depois perceber os ganhos em saúde potenciais	Adesão, aceitação dos utentes e resultados de diferentes planos de exercício (realização independente)	1) Adesão e aceitação dos utentes ao exercício prescrito 2) Resultados de diferentes planos de exercício
Impacto financeiro da intervenção da fisio ME	Qualquer dos diferentes problemas carecem deste estudo para a realidade portuguesa, sendo que esta informação pode ser crucial para poder influenciar poderes políticos a adotar melhores estratégias para a população	Impacto financeiro da intervenção da fisio ME	Impacto financeiro associados à fisioterapia em condições ME	Custo-efetividade das intervenções
Oncologia	Aumento exponencial	Tema Fora do Objetivo		
Eletroterapia	Evidencia/efetividade	Tema Generalista		
Técnicas manipulativas	Evidencia/efetividade	Tema Generalista		
Torçicólo	Evidencia/efetividade	Tema Generalista		
Hérnia/protusão discal lombar	Evidencia/efetividade	Tema Generalista		
Músculo-esquelética	Maior predominância	Tema Generalista		
Desporto	Frequência	Tema Generalista		
Neuro-musculo-esquelética	Frequência	Tema Generalista		
Custo Benefício da Fisioterapia	Importância da apresentação dos resultados e o custo dos mesmos	Custo-benefício da fisioterapia; apresentação de resultados e custos dos mesmos	Custo-benefício da fisioterapia	Custo-benefício da fisioterapia
Prática Baseada em Evidência	Os Fisioterapeutas justificam a sua intervenção com base na PBE em Portugal?	Os Fisioterapeutas justificam a sua intervenção com base na PBE em Portugal?	Intervenção dos fisioterapeutas em Portugal baseada na evidência	Implementação da PBE em Portugal
Manual de Boas Práticas	Sabem os Fisioterapeutas Portugueses quais os nossos direitos e deveres?	Sabem os Fisioterapeutas Portugueses quais os nossos direitos e deveres?	Direitos e deveres dos fisioterapeutas em Portugal	Conhecimento dos fisioterapeutas sobre os seus direitos e deveres

A eficácia de protocolos de intervenção nas mais variadas condições (dor lombar, dor cervical, disfunções da ATM, conflito subacromial...)	Uniformizar as práticas de fisioterapia e utilizar intervenções cada vez mais suportadas em evidência	<b>Tema Impercetível</b>		
Relações custo-benefício da Fisioterapia em variadas condições versus a medicação/ ou não fazer nada	A fisioterapia tem que ser divulgada e precisa de ser indicada pelos médicos como uma mais valia para os pacientes. Porque neste momento não há muita informação por parte dos médicos da eficácia das nossas intervenções.	Relações custo-benefício da Fisioterapia em variadas condições versus a medicação/ ou não fazer nada	Custo-benefício da fisioterapia em relação e medicação ou nenhuma intervenção	Custo-benefício da fisioterapia vs medicação vs nenhuma intervenção
Avaliação e intervenção nas disfunções da ATM	É mais uma área da fisioterapia que precisa de ser explorada.	Avaliação e intervenção nas disfunções da ATM	Avaliação e intervenção nas disfunções da ATM	1) Avaliação e intervenção ATM
Terapia manual		<b>Tema Generalista</b>		
Terapia pelo movimento/exercício terapêutico		<b>Tema Generalista</b>		
Meios eletrofísicos		<b>Tema Generalista</b>		
Terapia de Grupo		<b>Tema Generalista</b>		
Prescrição de exercício físico	Essencial para a reabilitação	<b>Tema Generalista</b>		
Agentes eletrofísicos	Definir quais são efetivamente úteis na nossa prática	Agentes eletrofísicos; definir quais são efetivamente úteis na nossa prática	Utilidade clínica e efetividade dos agentes eletrofísicos	Efetividade dos agentes eletrofísicos
Terapias miofasciais	Principal área de interesse e défice de evidência científica dos seus efeitos	Terapia miofasciais; défice de evidência científica dos seus efeitos	Efeitos das terapias miofasciais	Efetividade das terapias miofasciais
Terapia manual	Consolidação dos efeitos das terapias manuais	Consolidação dos efeitos das terapias manuais	Efeitos da Terapia Manual	Efeitos da Terapia Manual
Princípios base das terapias miofasciais	Criação de um constructo para a explicação dos efeitos das terapias miofasciais	Princípios base; constructo para a explicação dos efeitos das terapias miofasciais	Explicação dos efeitos das terapias miofasciais	Justificação dos efeitos das terapia miofasciais
Efeitos da terapia manual nos marcadores bioquímicos e inflamatórios	Estudar os efeitos da terapia manual nos marcadores para justificação fisiológica dos seus efeitos	Efeitos da terapia manual nos marcadores bioquímicos e inflamatórios; justificação fisiológica dos seus efeitos	Efeitos fisiológicos da terapia manual ao nível dos marcados bioquímicos e inflamatórios	Efeitos da TM nos marcados fisiológicos (inflamatórios/bioquímicos)
Sistema miofascial	Área emergente, com potencial, e com carência de evidência, sobretudo na metodologia de investigação para comprovar a eficácia das técnicas	Sistema miofascial; carência de evidência...para comprovar a eficácia das técnicas	Défice de evidencia sobre eficácia das técnicas miofasciais	Eficácia das técnicas miofasciais
Propriedades de testes de diagnóstico	Base para o diagnóstico de algumas condições de saúde	Propriedades de testes de diagnóstico		Propriedades psicométricas de testes de diagnóstico
Validação de instrumentação	Verificar a validade de instrumentos	validade de instrumentos como a	Avaliação da validade de	Validade de instrumentos

avançada	como a ecografia e termografia como diagnóstico e ferramenta de avaliação e reavaliação	ecografia e termografia como diagnóstico e ferramenta de avaliação	instrumentos de diagnóstico e avaliação (ecografia/termografia)	de avaliação (ecografia/termografia)
Novas tecnologias de feedback e feedforward	Tecnologias como smartphones têm demonstrado grande potencial no âmbito da saúde, contudo é necessária validação, assim como estudar novas aplicações	Novas tecnologias de feedback e feedforward; como smartphones têm demonstrado grande potencial no âmbito da saúde, contudo é necessária validação,	Validação de novas tecnologias (smartphones) como meios de feedback/feedforward	Validade novas tecnologias de feedback/feedforward (smartphones)
Modelos Explicativos e Teóricos em Condições Músculo-Esqueléticas	O estudo e sistematização da informação e evidência recente e posterior reflexão e construção de modelos teóricos explicativos e de suporte à conceptualização e enquadramento teórico da prática de Fisioterapia nas Condições Músculo-Esqueléticas é fundamental para o suporte da prática a e garantia de suporte e credibilidade do corpo de saberes em questão.	Sistematização da informação recente; construção de modelos teóricos explicativos de suporte...prática de fisioterapia	Sistematização da informação para construção de modelos de suporte à prática clínica em ME	Desenvolvimento de modelos teóricos (sistematização da literatura)
Modelos de Estratificação e Categorização da avaliação em condições Músculo-Esqueléticas	A sustentação e melhoria dos modelos de estratificação atuais e construção de novos nas áreas fundamentais da prática da Fisioterapia em condições Músculo-Esqueléticas são fundamentais para o suporte da profissão enquanto elemento promotor da melhor prática, da eficiência em saúde e enquanto ferramenta de planeamento gestão de serviços de saúde. Uma prática cujo modelo de avaliação não garante ferramentas de estratificação credíveis perder-se-á no futuro em termos de eficácia, efetividade e eficiência.	sustentação e melhoria dos modelos de estratificação atuais e construção de novos; elemento promotor da melhor prática, da eficiência em saúde e enquanto ferramenta de planeamento gestão de serviços de saúde ferramentas de estratificação credíveis	Construção e melhoria de modelos de estratificação baseados em instrumentos credíveis de forma a melhorar os resultados	1) Melhoria dos modelos/instrumentos de estratificação 2) Desenvolvimento de modelos/instrumentos de estratificação 3) Impacto dos modelos/instrumentos de estratificação nos resultados
Modelo de Gestão de dor crónica em disfunções Músculo-Esqueléticas em Portugal	Utilizar toda a evidência disponível para a construção de ferramentas e métodos de prática adaptados às especificidades da cultura e necessidade em saúde da população portuguesa.	Modelo de Gestão de dor crónica; utilizar toda a evidência disponível para a construção de ferramentas e métodos de prática adaptados às especificidades da cultura e necessidade em saúde	Sistematização da literatura para desenvolvimento de modelos (ferramentas/métodos) de gestão da dor crónica adaptados à população Portuguesa	1) Desenvolvimento de modelos teóricos de gestão da dor crónica (sistematização da literatura) 2) Adaptação de modelos de gestão da dor crónica ao contexto português
Ombro	Aumento da prevalência de condições na	Tema Generalista		

	prática clínica			
Raciocínio clínico	Modelos de raciocínio estudados são importantes para orientação profissional	Tema Generalista		
Lombar	Embora já exista muita evidência em Portugal ainda me parece escassa com estudo da nossa população	Tema Generalista		
Cervical	Também área de intervenção necessitada de evidência para Portugal	Tema Generalista		
Exercício terapêutico	Pouca evidência do exercício terapêutico para prevenção de condições como diabetes e obesidade	Tema Fora do Objetivo		
Dor	É o principal sintoma associado às condições músculo-esqueléticas e a principal razão para os utentes procurarem o fisioterapeuta	Tema Generalista		
Exercício terapêutico	É essencial na abordagem do fisioterapeuta e é necessário perceber como melhorar a sua aplicação, fomentar a adesão dos participantes, identificar a dose adequada a cada condição, entre outros aspetos imprescindíveis para a maximização da sua eficácia	Exercício terapêutico; como melhorar a sua aplicação, fomentar a adesão dos participantes, identificar a dose adequada; maximização da sua eficácia	Aumentar a adesão ao exercício e melhoria dos seus resultados através da otimização dos seus parâmetros/características	1) Otimização da adesão ao exercício 2) Otimização da dose do exercício
Educação	Deve ser um pilar fundamental da intervenção do fisioterapeuta e é necessário identificar o tipo de educação que deve ser a marca do fisioterapeuta, como potencia o efeito das outras intervenções e qual o formato em que deve ser aplicada	Educação; como potência o efeito das outras intervenções e qual o formato em que deve ser aplicada	Melhor formato da Educação como intervenção que potencia o efeito de outras intervenções	1) Otimizar efeitos das intervenções através de educação 2) Formato mais adequado da educação
Terapia manual	Muito utilizada pelos fisioterapeutas, mas requer que a sua utilização seja baseada em pressupostos sólidos e requer estudos de dose-efeito	Terapia manual; estudos de dose-efeito	Relação dose-efeito da Terapia manual	Relação Dose/Efeitos da Terapia manual
Custo-benefício	É cada vez mais importante mostrar não só que o que fazemos tem efeitos positivos nos utentes, mas também os custos associados a curto e a longo prazo	Custo-benefício; efeitos positivos...custos associados a curto e a longo prazo	Relação custo-benefício a curto/longo prazo	Custo-benefício da Fisioterapia (longo prazo)
Análise custo-efetividade das intervenções de fisioterapia relativamente a outras intervenções	A efetividade da fisioterapia está bem estabelecida, mas falta evidência da sua relevância face a outras intervenções e	Análise custo-efetividade das intervenções de fisioterapia relativamente a outras intervenções	Análise custo-efetividade das intervenções de fisioterapia relativamente a outras intervenções	Custo-efetividade (fisioterapia vs intervenções médicas/farmacológicas)

médicas/farmacológicas	principalmente face à poupança que pode proporcionar aos utentes e sistemas de saúde públicos/privados	médicas/farmacológicas	médicas/farmacológicas	
Efetividade de estratégias de implementação da literatura científica na prática clínica	Pouco se sabe sobre a melhor forma de reduzir o período de tempo entre as descobertas científicas e a sua implementação na prática.	Efetividade de estratégias de implementação da literatura científica; melhor forma de reduzir o período de tempo entre as descobertas científicas e a sua implementação	Melhores estratégias para implementar a literatura científica na prática clínica	Efetividade de estratégias de implementação da PBE
Efetividade da fisioterapia na prevenção da dor crónica (após episódio agudo de dor lombar, cervical)	Dada a prevalência de dor crónica de origem músculo-esquelética será determinante identificar desenvolver intervenções que previnam e atuem sobre os fatores de mau prognóstico para o desenvolvimento de dor crónica e assim reduzir a sua incidência e prevalência	Efetividade da fisioterapia na prevenção da dor crónica (após episódio agudo de dor lombar/cervical); desenvolver intervenções que previnam e atuem sobre os fatores de mau prognóstico para o desenvolvimento de dor crónica; e assim reduzir a sua incidência e prevalência	Efetividade da fisioterapia sobre os fatores de mau prognóstico para a transição dor aguda-crónica, prevenção da dor crónica e redução da sua incidência/prevalência	1) Efetividade nos fatores de mau prognóstico (transição dor aguda-crónica) 2) Efetividade na prevenção dor crónica lombar/cervical
Compreensão dos mecanismos que explicam a efetividade da fisioterapia	Muitas das intervenções de fisioterapia em condições ME são efetivas sem se conhecerem as razões pelas quais resultam. A melhoria da sua compreensão levaria à otimização das intervenções.	Mecanismos que explicam a efetividade da fisioterapia; intervenções de fisioterapia em condições ME são efetivas sem se conhecerem as razões pelas quais resultam; sua compreensão levaria à otimização das intervenções.	Mecanismos de Ação da fisioterapia e respetiva otimização das intervenções com base nos mecanismos	Mecanismos de ação da Fisioterapia
Efeitos da educação, terapia manual e exercício terapêutico ao nível do sistema nervoso central em condições de dor crónica	Sabendo-se que a dor crónica está associada à disfunção dos SNC, serão as nossas principais modalidades efetivas na reversão das alterações ocorridas no SN em utentes com dor crónica?	Efeitos da educação, terapia manual e exercício terapêutico ao nível do sistema nervoso central em condições de dor crónica; efetivas na reversão das alterações ocorridas no SN em utentes com dor crónica?	Efetividade (TM; exercício; educação) nas (reversão das) alterações no SN (dor crónica)	Efeitos (exercício/TM/educação) nas alterações do SN (dor crónica)
Influência da Intervenção em fisioterapia com neuro dinâmica na dor aguda	Aumento do conhecimento numa área de intervenção pouco utilizada	Influência da Intervenção em fisioterapia com neuro dinâmica na dor aguda	Efetividade das intervenções de neuro dinâmica na dor aguda	Efeitos (técnicas neuro dinâmica) na dor aguda
Dor: Influência do Sistema nervoso simpático	Aumento do conhecimento sobre a dor	Tema Generalista		
Abordagem clínica da Dor Cronica	Aumento do conhecimento na abordagem clínica da dor crónica	Tema Generalista		
Neuroplasticidade e dor músculo esquelética	Aumento do conhecimento sobre as implicações clínicas dos diferentes tipos	Tema Generalista		

	de dor			
Prognóstico para os resultados da Fisioterapia em condições crónicas - Criação de subgrupos	Tendo em conta os pobres resultados da intervenção em condições crónicas, a estratificação de utentes é importante para delinear o tratamento mais adequado tendo em conta as características dos mesmos	Prognóstico para os resultados ... Criação de subgrupos; estratificação de utentes ... delinear o tratamento mais adequado tendo em conta as características dos mesmos	Criação de subgrupos de utentes crónicos e respetivas intervenções com base nos fatores de prognóstico para os resultados da fisioterapia	1) Identificação de fatores de prognóstico para os resultados 2) Criação de subgrupos de utentes (condições crónicas)
Definição de outcomes para a melhoria	Compreender os fatores associados à perceção de melhoria dos utentes e como o Fisioterapeuta pode influenciar esses fatores.	Definição de outcomes para a melhoria; compreender os fatores associados à perceção de melhoria dos utentes	Critérios de melhoria e Fatores relacionados com a perceção de melhoria	1) Definição de Critérios de melhoria 2) Fatores que influenciam a perceção de melhoria 3) Influência da Fisioterapia na perceção de melhoria
Efetividade da intervenção nos níveis de autonomia na gestão de condições crónicas	Compreender quais são as abordagens mais eficazes para a adesão ao tratamento e autogestão da condição após alta da fisioterapia	Efetividade da intervenção nos níveis de autonomia na gestão de condições crónicas; abordagens mais eficazes para a adesão ao tratamento e autogestão da condição após alta da fisioterapia	Efetividade das intervenções na autonomia, adesão à intervenção e autogestão em condições crónicas após fisioterapia	1) Efetividade de intervenções na adesão à intervenção 2) Efetividade na promoção da autogestão pós alta (condições crónicas)
Mecanismos de produção de analgesia em condições crónicas através do exercício	Sabendo que o exercício físico produz diminuição da dor, é importante compreender os mecanismos através dos quais essa analgesia ocorre	Mecanismos de produção de analgesia em condições crónicas através do exercício; o exercício físico produz diminuição da dor...compreender os mecanismos através dos quais essa analgesia ocorre	Mecanismos de produção de analgesia do exercício em condições crónicas	Mecanismos de produção de analgesia através do exercício
Organização do movimento em resposta à dor crónica	É necessário melhor o conhecimento sobre os ajustamentos motores, sensoriais e psicossociais de resposta à dor crónica e como estes informam posteriormente o córtex	Organização do movimento em resposta à dor crónica; ajustamentos motores, sensoriais e psicossociais de resposta à dor crónica e como estes informam posteriormente o córtex	Resposta motora, sensorial e psicossocial associadas à dor crónica e relação com o córtex	Resposta motora, sensorial e psicossocial associadas à dor crónica
Efetividade do tratamento estratificado em condições músculo-esqueléticas	Não se conhece qual a intervenção mais custo-efetiva para pessoas com determinadas características e com uma condição	Efetividade do tratamento estratificado em condições músculo-esqueléticas; intervenção mais custo-efetiva para pessoas com determinadas características	Custo-Efetividade da abordagem estratificada	1) Efetividade tratamentos estratificados 2) Custo-Efetividade da abordagem estratificada
Mecanismos de ação da Terapia Manual	Não se conhece os mecanismos pelos quais a Terapia Manual alivia a dor	Mecanismos de ação da Terapia Manual	Mecanismos de ação da Terapia Manual	Mecanismos de ação TM
Barreiras à implementação da	A evidência demora muito tempo ou não	Barreiras à implementação da	Barreiras à implementação da	Barreiras à PBE

Evidência na Prática Clínica	é implementada na prática	Evidência na Prática Clínica;	Evidência na Prática Clínica;	
Organização da resposta dos serviços à dor crónica	Não existe conhecimento capaz de organizar uma resposta coerente aos utentes com dor crónica que seja efetiva e custo-efetiva	Organização da resposta dos serviços à dor crónica; organizar uma resposta coerente aos utentes com dor crónica que seja efetiva e custo-efetiva	Modelos de organização custo-efetivos para resposta a utentes com dor crónica	Custo-efetividade de modelos de resposta/organização (dor crónica)
Exercício terapêutico	Parece-me ser uma lacuna generalizada e uma área de intervenção fundamental, apesar de negligenciada.	Tema Generalista		
Dor crónica	Área de grande interesse para a profissão.	Tema Generalista		
Validade de testes clínicos	Um ponto fraco da nossa intervenção	Validade de testes clínicos	Validade de testes clínicos	Validade testes clínicos
Dor crónica	Crescente prevalência	Tema Generalista		
Envelhecimento	Necessidade de melhoria de respostas	Tema Generalista		
Integração do cuidador	Constante lacuna em utentes ME	Tema Generalista		
Sistematizar ferramentas de avaliação de outcomes (geral)	Uniformização da avaliação da eficácia de intervenções	Sistematizar ferramentas de avaliação de outcomes; Uniformização da avaliação da eficácia de intervenções	Sistematizar e uniformizar utilização de medidas de avaliação dos resultados	1) Sistematizar ferramentas de avaliação 2) Padronizar avaliação de resultados
Avaliar estratégias motivacionais e de aderência a programas de exercício e/ou intervenções prolongadas	Experiência clínica e feedback de colegas	Avaliar estratégias motivacionais e de aderência a programas de exercício e/ou intervenções prolongadas	Avaliação de estratégias de motivação e adesão às intervenções	Efetividade de estratégias de melhoria de adesão às intervenções
Avaliar a efetividade das intervenções na dor do joelho	Literatura e experiência clínica	Avaliar a efetividade das intervenções na dor do joelho	Efetividade das intervenções em dor no joelho	Efetividade das intervenções em dor no joelho
Sistematizar parâmetros para a prescrição de exercício em síndromes de dor recorrente/ crónica	Falta de literatura	Sistematizar parâmetros para a prescrição de exercício em síndromes de dor recorrente/ crónica	Avaliação de parâmetros de prescrição de exercício (dor recorrente)	Parâmetros/características para prescrição de exercício (dor crónica)
Avaliar programas de exercício para condições degenerativas em idosos	Falta de literatura	Avaliar programas de exercício para condições degenerativas em idosos	Efetividade de programas de exercício em condições degenerativas	Efetividade exercício (condições degenerativas/ idosos)
Epidemiologia das Disfunções Músculo-Esqueléticas	É fundamental conhecer a prevalência das disfunções músculo-esqueléticas de forma a estimarmos a real realidade do problema, seja a nível nacional ou regional	prevalência das disfunções músculo-esqueléticas de forma a estimarmos a real realidade do problema	Prevalência de condições ME	Prevalência de condições ME
Prognóstico para os resultados de Intervenção com Fisioterapia	Para um raciocínio clínico efetivo é fundamental conhecermos os fatores de prognóstico ou modificadores do efeito	Prognóstico para os Resultados; fatores de prognóstico ou modificadores do efeito de	Fatores de prognóstico e fatores modificadores do efeito para os resultados da fisioterapia	1) Fatores de prognóstico para os resultados 2) Fatores modificadores do

	de tratamento relevantes para os resultados da intervenção	tratamento relevantes para os resultados		efeito
Estudos de Custo-Efetividade	É premente estudos nesta área, uma vez que temos de ponderar a relação custo-benefício para uma melhor gestão da distribuição de recursos	Estudos de Custo-Efetividade; ponderar a relação custo-benefício para uma melhor gestão da distribuição de recursos	Custo-efetividade das intervenções para gestão de recursos	1) Custo-efetividade das intervenções
Outcomes measures	Desenvolver baterias de questões, provenientes, de questionários validados para a população portuguesa. Investigação na ara de desenvolver esta ferramenta pretende diminuir o tempo que é despendido pelo utente/clinico para avaliação dos outcomes relevantes, sem perder os itens fundamentais para avaliar os outcomes principais. É uma ferramenta com maior potencial de uso na prática clínica.	Baterias de questões provenientes de questionários validados; Ferramenta pretende diminuir o tempo que é despendido...para avaliação dos outcomes relevantes	Instrumentos de medida com base em questões de vários questionários validados de forma a reduzir tempo despendido e manter avaliação dos outcomes relevantes	Construção de instrumentos de medida (menor dimensão) contendo múltiplos domínios/questões de outros instrumentos
Efetividade terapia manual	Sobretudo perceber se diferentes técnicas possuem diferentes impactos nos pacientes	Efetividade terapia manual; se diferentes técnicas possuem diferentes impactos	Efetividade de diferentes técnicas de terapia manual	Efetividade de diferentes técnicas de terapia manual
Importância da empatia/contexto	Perceber qual a influência destes fatores no resultado do tratamento	empatia/contexto; influência destes fatores no resultado do tratamento	Influência da empatia/contexto nos resultados das intervenções	Influência da empatia/contexto nos resultados (intervenções)
Conhecimento efetivo dos Fisioterapeutas	Estado do corpo de conhecimento dos Fisioterapeutas em prática profissional	<b>Tema Generalista</b>		
Meios complementares de diagnóstico: o poder da imagem no processo de avaliação do fisioterapeuta	Complementa a informação que recolhemos dos testes realizados, permitindo uma maior objetividade na avaliação inicial e na medição de resultados.	Meios complementares de diagnóstico: o poder da imagem no processo de avaliação do fisioterapeuta; maior objetividade na avaliação inicial e na medição de resultados.	Papel dos MCD no processo de avaliação e medição de resultados	Papel dos MCD na avaliação e medição de resultados
Abordagem da Fisioterapia na dor Músculo-Esquelética crónica	Compreender os mecanismos nociceptores e implicações da dor crónica Músculo-Esquelética na biomecânica articular e funcionalidade do indivíduo.	implicações da dor crónica Músculo-Esquelética na biomecânica articular e funcionalidade	Implicações da dor crónica ME na biomecânica articular e funcionalidade	Influência da dor crónica na biomecânica articular e funcionalidade
A Fisioterapia na prevenção de lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho	Uma área pouco explorada no panorama nacional, onde julgo existirem falta de indicadores aplicados à nossa população	A Fisioterapia na prevenção de lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho	Efetividade na prevenção de lesões relacionadas com o trabalho	Efetividade na prevenção de lesões laborais
Estudos de eficácia (RCT)	Necessidade de provar quais os procedimentos de fisioterapia que	<b>Tema Generalista</b>		

	resultam e em quê			
Estudos de efetividade (estudos longitudinais)	Necessidade de avaliar e comparar os métodos e as técnicas da fisioterapia que obtêm resultados em diferentes indicadores, acresce a necessidade de avaliar quais os mais custos/efetivos	Tema Generalista		
Estudos epidemiológicos (estudos transversais)	Saber quais as condições mais relevantes para a fisioterapia bem como identificar fatores preditivos do aparecimento e dos tratamentos	Tema Generalista		
Revisões sistemáticas	Com e sem metanálise	Tema Generalista		
Criação de Guidelines	Necessidade de criar referências de avaliação e intervenção para os fisioterapeutas portugueses	Tema Generalista		
Conhecimento acerca das competências dos fts definidas internacionalmente, adaptação e disseminação das mesmas na língua portuguesa.	A descaracterização profissional da nossa profissão é um assunto que está na ordem do dia. O levantamento acerca do conhecimento e a posterior formação dos fts acerca das competências que lhe são exigidas (nomeadamente os limites que nos separam de outras profissões) torna-se essencial de forma a que todos tenhamos bem claro aquilo que nos é (e não é) exigido fazer/ conhecer. Não apenas pensando numa perspetiva de desenvolvimento profissional, mas sobretudo numa perspetiva de dever ético perante os utentes.	Conhecimento acerca das competências dos fts definidas internacionalmente; O levantamento acerca do conhecimento ... das competências que lhe são exigidas	Conhecimentos dos Fts sobre as suas competências internacionalmente definidas	Conhecimentos dos Fts sobre as suas competências profissionais
Estudos epidemiológicos que relacionem a prevalência de condições músculo-esqueléticas crónicas VS agudas durante a prática clínica dos fts em Portugal.	Apesar de ser um assunto alvo de muita investigação, seria interessante conhecer, apresentar e disseminar resultados sobre este tema durante a prática clínica dos fts em Portugal. Isto servia como forma de reflexão profissional, e estimulação dos fts para a procura de formação e utilização de modelos de intervenção específicos para condições crónicas.	prevalência de condições músculo-esqueléticas crónicas VS agudas durante a prática clínicas dos fts em Portugal	Diferenças de prevalência de condições agudas vs crónicas na prática clínica de Fisioterapia em Portugal	Prevalência de condições agudas vs crónica na prática de fisioterapia
Caracterização de modelos de intervenção e prática clínica em condições músculo-esquelética dos	No seguimento do ponto anterior, acredito que a predominância do modelo biomédico, a falta de conhecimento e a	Caracterização de modelos de intervenção e prática clínica em condições músculo-esquelética dos	Caracterização dos modelos (Biomédico; biopsicossocial; prática centrada no utente) de	1) Caracterização dos modelos utilizados na prática clinica (biomédico;

fts em Portugal (modelo biomédico VS modelo biopsicossocial), apurando o conhecimento e utilização na prática clínica de modelos de prática centrada no utente, e de intervenção em condições músculo-esqueléticas crónicas.	resistência à adoção de um modelo biopsicossocial por parte dos fts em Portugal está na base da descaracterização profissional a que assistimos. Apesar disto, acredito que a não utilização deste modelo assenta na falta de conhecimento dos conteúdos e da importância do mesmo, pelo que seria interessante perceber se realmente os fts em Portugal conhecem e utilizam o modelo, assim como os modelos de intervenção inerentes ao mesmo.	fts em Portugal (modelo biomédico VS modelo biopsicossocial),; apurando o conhecimento e utilização na prática clínica de modelos de prática centrada no utente, e de intervenção; os fts em Portugal conhecem e utilizam o modelo, assim como os modelos de intervenção inerentes ao mesmo.	intervenção/clínicos na prática em Portugal bem como o conhecimento/utilização dos Fts destes modelos	biopsicossocial) 2) Conhecimentos e utilização da prática centrada no utente
Levantamento acerca do conhecimento e utilização (ou não utilização) de instrumentos de medida na prática clínica dos fisioterapeutas e razões inerentes à utilização (ou não utilização).	Todos sabemos que um plano de fisioterapia deve ser composto por uma avaliação, intervenção e reavaliação, no entanto poucos são os fts em Portugal que utilizam instrumentos de medida para avaliar e medir resultados. Perceber as razões que estão na base desta não utilização serviria como ponto de partida para estruturar e disseminar conhecimento acerca da importância e de formas simples e práticas de utilização de instrumentos de medida na prática clínica dos fts.	Conhecimento e utilização (ou não utilização) de instrumentos de medida na prática clínica dos fisioterapeutas e razões inerentes à utilização (ou não)	Conhecimentos e utilização de instrumentos de medida na prática clínica e barreiras à sua utilização	1) Conhecimentos e utilização de instrumentos de medida 2) Razões à utilização de instrumentos de medida
Influencia dos fatores psicossociais/comportamentais na efetividade do tratamento	Saber à partida segundo o perfil psicossocial se as intervenções tipo "self-management" ou intervenções com maior contacto serão mais benéficas	Influencia dos fatores psicossociais/comportamentais na efetividade do tratamento; segundo o perfil psicossocial se as intervenções tipo "self-management" ou intervenções com maior contacto serão mais benéficas	Influência dos fatores psicossociais/comportamentais na efetividade e ajustamento de intervenções específicas ao perfil psicossocial	1) Influência de fatores psicossociais nos resultados 2) Efetividade de intervenções específicas para fatores psicossociais
Estratificação dos utentes - seleção da melhor intervenção baseada em análise de subgrupos	Com os indicadores clínicos do utente ser possível prever resultados e intervenções mais dirigidas.	Estratificação dos utentes - seleção da melhor intervenção baseada em análise de subgrupos; Com os indicadores clínicos do utente ser possível prever resultados e intervenções mais dirigidas.	Identificação de subgrupos como base à intervenção estratificada	Identificação de subgrupos
Fiabilidade dos testes diagnóstico (incluindo indicadores clínicos)	Conseguir conceber um raciocínio clínico mais robusto e conseguir identificar	Fiabilidade dos testes diagnóstico (incluindo indicadores clínicos);	Raciocínio clínico baseado em testes/indicadores válidos/fiáveis para	1) Validade/fiabilidade de testes/indicadores clínicos

	utentes que devem realizar Fisioterapia ou mais facilmente fazer a sua referência	raciocínio clínico mais robusto e conseguir identificar utentes que devem realizar Fisioterapia ou ...fazer a sua referência	suporte da realização de fisioterapia ou referência	2) Critérios (testes/indicadores) de referência para Fisio/outras
Regras preditivas de avaliação	Aumento da fiabilidade do diagnóstico clínico sem necessidade de recorrer a ECD	fiabilidade do diagnóstico clínico sem necessidade de recorrer a ECD	Validade e fiabilidade do diagnóstico clínico	Validade/Fiabilidade do diagnóstico clínico
Fatores de prognóstico para o sucesso/insucesso da condição	Conseguir garantir melhores ou piores resultados segundo as características dos utentes e conseguir direcionar/escolher intervenções.	Fatores de prognóstico para o sucesso/insucesso da condição; segundo as características dos utentes e conseguir direcionar/escolher intervenções.	Fatores de prognóstico para os resultados da fisioterapia e intervenções direcionadas às características dos utentes	Fatores de prognóstico para os resultados 2) Criação de subgrupos
Efeito da cinesiofobia	O efeito da condição física na estrutura cerebral responsável pelo movimento	Efeito da Cinesiofobia; O efeito da condição física na estrutura cerebral responsável pelo movimento	Efeitos da cinesiofobia e condição física na estrutura cerebral responsável pelo movimento	1) Impacto da cinesiofobia no córtex motor 2) Efeito da condição física na estrutura cerebral
Biomecânica	Base teórica	Tema Generalista		
Dor	Mecanismos de modelação da dor	Tema Generalista		
Terapia manual	Técnica/evidencia científica	Tema Generalista		
Ultrassom	Que eficácia	Eficácia; Ultrassom		Eficácia do ultrassom
Dor intermitente quando não há evidência de qualquer problema	Que abordagem	Tema Generalista		
Bowen nas músculo esqueléticas	Que eficácia	Bowen; eficácia		Eficácia de Bowen
PROTOCOLOS DE FORTALECIMENTO	AVALIAÇÃO DO RM, POS CIRUGIA NAS DIVERSAS FASES DE RECUPERAÇÃO	Tema Generalista		
ISOCINETICO	O REAL VALOR NA AVALIAÇÃO	Tema Impercetível		
TREINO FUNCIONAL VERSUS REFORÇO ANALITICO	QUAL DELES TRAS MAIS VANTAGENS	Treino funcional versus reforço analítico; qual deles trás mais vantagens	Benefícios do treino funcional vs reforço analítico	Efeitos treino funcional vs reforço analítico
Reeducação Postural Global (RPG)	Incidência de alterações posturais e mecanismos de lesão relacionados com as mesmas	Tema Impercetível		
Fásia	Papel da fásia nas lesões músculo esqueléticas	Papel da fásia nas lesões músculo esqueléticas	Papel da fásia nas lesões músculo esqueléticas	Papel da fásia nas lesões ME
Musculo esquelética		Tema Generalista		
Pediatria		Tema Generalista		
Neurologia		Tema Fora do Objetivo		
Hidroterapia		Tema Generalista		
Cardio Respiratória		Tema Fora do Objetivo		

Intervenção em pós operatório com edema exuberante		Tema Generalista		
Intervenção em tendinopatias com presença de calcificações		Intervenção em tendinopatias com calcificações	Intervenção em tendinopatias com calcificações	Intervenção em tendinopatias com calcificações
Carga precoce nas fraturas com material de osteossíntese		Tema Generalista		
Registo das lesões músculo-esqueléticas com recurso a Escalas validadas	Criação de base de dados	Tema Generalista		
Validação de escalas para a língua portuguesa	Maior objetividade no processo de avaliação em fisioterapia	Validação de escalas; maior objetividade no processo de avaliação	Validação de escalas para maior objetividade na avaliação	Validação de instrumentos de medida
Criação de protocolos de recuperação	Estabelecer linhas orientadoras no tratamento	Tema Generalista		
Dor crónica	Dimensão do número de casos	Tema Generalista		
Lesões relacionadas com trabalho	Necessidade de prevenção e informação para minimizar problemas quer no ponto de vista de saúde como social e económico	Lesões relacionadas com trabalho; prevenção e informação para minimizar problemas quer no ponto de vista de saúde como social e económico	Prevenção de lesões relacionadas com o trabalho para redução do problema (saúde; social; económico)	1) Prevenção de lesões laborais 2) Prevenção de lesões laborais e redução do impacto (saúde; social; económico)
Doenças reumáticas	Por se caracterizar com muitos sintomas subjetivos e de pouca precisão de diagnóstico	Tema Generalista		
Técnicas manipulativas	Falta de comprovação científica	Tema Generalista		
Utilização de eletroterapia	Será realmente importante a sua utilização nesta área?	Utilização de eletroterapia; será realmente importante a sua utilização...	Importância da utilização de eletroterapia	Efetividade da eletroterapia
Exercício terapêutico	Papel na reabilitação total do utente	Tema Generalista		
Terapia manual (terapias fasciais)	É uma área em expansão que cada demonstra muita utilidade prática, no entanto carece de uma boa base teórica para a suportar	Tema Generalista		
Terapia manual (tensão neural)	É uma área pouca estudada que apresenta muitos benefícios em muitos casos	Tema Generalista		
Exercícios terapêuticos (reforço muscular)	Uma ferramenta muito útil para os fisioterapeutas	Tema Generalista		
Eficácia/pertinência da eletroterapia	Falta de evidências clara para a utilização das técnicas	Eficácia/pertinência da eletroterapia	Eficácia da Eletroterapia	Eficácia da Eletroterapia
Técnicas de Reabilitação	Aferir e diferenciar as técnicas que são	Aferir e diferenciar as técnicas que	Efetividade das técnicas de	Efetividade das técnicas de

	realmente efetivas das que não são.	são realmente efetivas das que não são.	reabilitação	Fisioterapia
Prevenção de lesões	Definir como se realiza a prevenção propriamente dita e quais as técnicas e métodos mais efetivos	Prevenção de lesões; quais as técnicas e métodos mais efetivos	Efetividade das técnicas e métodos mais efetivos na prevenção de lesões	Efetividade (diferentes métodos/técnicas) na prevenção de lesões
Testes de avaliação/diagnóstico	Avaliar a efetividade dos testes existentes	Testes de avaliação/diagnóstico; Avaliar a "efetividade"	Validade testes de avaliação/diagnóstico	Validade testes de avaliação/diagnóstico
Dor lombar crônica	Muita procura	Tema Generalista		
Dor crônica no idoso	Elevada taxa de envelhecimento	Tema Generalista		
Estabilidade dinâmica lombar		Tema Generalista		
Terapia Assistida por Cavalos	Não existem muitos estudos em Portugal	Tema Generalista		
Reeducação Postural Global	Há falta no mercado de especialistas para áreas específicas, como por exemplo, músicos	Tema Fora do Objetivo		
Geriatria	População cada vez mais envelhecida	Tema Generalista		
Cuidados continuados	Crescente aumento da rede nacional de cuidados continuados	Tema Generalista		
Validação de escalas	Maior número de ferramentas de avaliação	Tema Generalista		
Mobilização acessória/ manipulação	Base de tratamento de muitos colegas que precisa de demonstrar os resultados encontrados na prática clínica em evidência científica	Mobilização acessória/ manipulação; precisa de demonstrar os resultados encontrados na prática clínica em evidência científica	Efeitos da mobilização acessória/ manipulação	Efeitos da mobilização acessória/ manipulação
Sistema nervoso central, periférico e autónomo	Inerente à escolha da alínea 1 pelos seus efeitos nestes sistemas	Mobilização acessória/ manipulação; Sistema nervoso central, periférico e autónomo; os seus efeitos nestes sistemas	Efeitos da mobilização acessória/ manipulação no SN (central/periférico/ autónomo)	Efeitos da mobilização acessória/ manipulação no SN (central/periférico/ autónomo)
Libertação miofascial superficial e profunda	Tema complexo pela sua globalidade pelo corpo humano que quando conjugado com outras terapias acima descritas potencia os resultados nestas condições	Tema Impercetível		
Biomecânica e estática podal	Para além da implicação do pé para o resto do MMII e coluna a sua grande importância na entrada de informação proprioceptiva	Biomecânica e estática podal; implicação do pé para o resto do MMII e coluna a sua grande importância na entrada de informação proprioceptiva	Implicações da estática podal na biomecânica do Minf, coluna e informação proprioceptiva	1) Influência da estática podal na biomecânica do Minf e coluna 2) Influência da estática podal na informação proprioceptiva
ATM e eixo occipital-atlas-axis	Evidenciar a importância destas estruturas e a sua implicação para diversos problemas comum entre encontrados e desenvolvimento de mais estratégias de	ATM e eixo occipital-atlas-áxis; importância destas estruturas e a sua implicação para diversos problemas comum	Associação entre ATM e eixo occipital-atlas-áxis com problemas comuns	Relação ATM/Cervical superior com outras disfunções

	intervenção			
Lombalgias	Alta morbidade	Tema Generalista		
Escolioses	Prevenção de complicações futuras	Tema Generalista	Prevenção de complicações associadas a escolioses	Prevenção de complicações associadas a escolioses
Prevenção de quedas	Grande frequência e altos custos	Tema Generalista		
Prevenção de tendinites	Grande incidência e demora na recuperação	Tema Generalista		
Joelho	Elevada incidência	Tema Generalista		
Anca	Patologia mais comum na prática clínica	Tema Generalista		
Coluna	Elevada incidência	Tema Generalista		
Reabilitação pélvica	Área pouco desenvolvida	Tema Generalista		
Saúde na mulher	Promover os melhores cuidados em fisioterapia	Tema Generalista		
Cuidados primários	Justificar a necessidade de fisioterapeutas nos cuidados primários de saúde	Tema Generalista		
Coluna	% de casos e custos	Tema Generalista		
Anca	% de casos e custos	Tema Generalista		
Ombro	% de casos e custos	Tema Generalista		
Eficácia da terapia manual	Necessidade de demonstrar o papel da fisioterapia versus outra intervenção	Eficácia da terapia manual; demonstrar o papel da fisioterapia versus outras intervenções	Eficácia da terapia manual face a outras intervenções	Eficácia TM vs outras intervenções
A estimulação elétrica na redução muscular	A eficácia desta técnica como ferramenta eficiente	A estimulação elétrica na redução muscular; eficácia	Eficácia da estimulação elétrica na redução muscular	Eficácia da estimulação elétrica na atrofia muscular
Participação do doente no processo	Problematizar o papel da educação e continuidade dos cuidados	Tema Generalista		
Dor	Dor Vs Lesão	Tema Generalista		
Manipulação	Efeitos e potencial de Ação	Manipulação; efeitos e potencial de ação	Efeitos e mecanismos de ação da manipulação	1) Efeitos da manipulação 2) Mecanismos de ação da manipulação
Trigger points	Fundamentação	Tema Generalista		
GERIATRIA		Tema Generalista		
ACTIVIDADE FISICA		Tema Generalista		
LMERT		Tema Generalista		
Dor	Atualização face aos novos paradigmas e teorias	Tema Generalista		
Exercício	Importância da melhoria das competências musculares e equilíbrio	Tema Generalista		
Comunicação	Apesar de transversal, pode ser refinada e focada nesta área	Tema Generalista		

Eficácia do ultra som	Todos usam, na teoria compreende se, na prática é necessária evidência	Eficácia do ultrassom	Eficácia do ultrassom	Eficácia do ultrassom
Condições de dor intermitente quando nada revela a causa	Cada vez mais frequente	Tema Generalista		
Eficácia de bowen	Existem muitas dúvidas. É necessária mais evidência	Eficácia de bowen	Eficácia de bowen	Eficácia de bowen
Exercício funcional	Devido ao elevado número de patologias com diversos graus de limitação funcional, que beneficiam com exercício funcional, como estratégia de intervenção não só terciária, mas sobretudo primária	Tema Generalista		
Lombalgias	Mantém-se como uma das patologias com maior prevalência/incidência	Tema Generalista		
LMERT	Para "justificar" a nossa intervenção e aumentar as oportunidades de intervenção nesta área de mercado	Tema Generalista		
LER/DORT	Prevalência	Tema Generalista		
Coluna	Prevalência	Tema Generalista		
Anatomia Palpatória	Importância para a profissão	Tema Generalista		
Prática baseada na evidencia	Sustentar a intervenção	Tema Generalista		
Promoção da saúde	Atuar na prevenção	Tema Generalista		
Eficácia de técnicas de terapia manual		Eficácia de técnicas de terapia manual	Eficácia de técnicas de terapia manual	Eficácia de técnicas de terapia manual
Testes funcionais (Critérios de Alta)		Tema Generalista		
Relação entre a disfunção da articulação do ombro, com a cervical	Devido ao elevado número de utentes	Relação entre a disfunção da articulação do ombro, com a cervical	Relação entre disfunção cervical e disfunção do ombro	Relação entre disfunção cervical e disfunção do ombro
Os problemas articulares face a atrofia musculado	Devido ao elevado número de utentes	Tema Generalista		

## **APÊNDICE H**

TEMAS IDENTIFICADOS PELOS PARTICIPANTES PARA A RONDA 2.

Códigos	Subcategorias	Categorias	Temas
<b>Impacto dos modelos/instrumentos de estratificação nos resultados</b> <b>Adaptação das intervenções aos sintomas</b> <b>Intervenção ajustada aos sintomas</b> <b>Efetividade de Intervenções específicas para fatores psicossociais</b> <b>Efetividade nos fatores de mau prognóstico (transição dor aguda-crónica)</b> <b>Efetividade tratamentos estratificados</b> <b>Exercício específico/personalizado (Fibromialgia/Síndrome da Fadiga Crónica)</b> <b>Intervenção direcionada a fatores específicos (algoritmos de decisão)</b>	Efetividade da abordagem estratificada	Efeitos (Abordagem Estratificada)	1. Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada
<b>Custo-Efetividade da abordagem estratificada</b>	Custo-efetividade da abordagem estratificada	Custo-benefício	
<b>Criação de subgrupos de utentes (condições crónicas)</b> <b>Identificação de subgrupos (Dor Lombar)</b> <b>Identificação de subgrupos</b> <b>Sistemas de classificação dor cervical</b> <b>Subgrupos com repostas diferentes à intervenção</b> <b>Criação de subgrupos</b> <b>Adaptação das intervenções aos sintomas</b> <b>Intervenção direcionada a fatores específicos (algoritmos de decisão)</b>	Grupos de utentes com a mesma condição, mas características distintas	Subgrupos	2. Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde
<b>Desenvolvimento de modelos/instrumentos de estratificação</b> <b>Intervenção direcionada a fatores específicos (algoritmos de decisão)</b> <b>Sistemas de classificação dor cervical</b> <b>Melhoria dos modelos/instrumentos de estratificação</b>	Métodos para identificação de subgrupos		
<b>Barreiras à implementação de guidelines</b> <b>Barreiras à Prática Baseada na Evidência</b>	Motivos para a não implementação da prática informada pela evidência	Prática informada pela Evidência	3. Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de
<b>Nível de implementação das guidelines</b>	Adesão dos Fisioterapeutas a prática		

<b>Implementação da Prática Baseada na Evidência em Portugal</b>	informada pela evidência		implementação)
<b>Efetividade de estratégias de implementação da prática baseada na evidência</b> <b>Estratégias para a implementação de guidelines</b>	Resultados das estratégias de implementação da prática informada pela evidência		
<b>Razões para a não utilização de instrumentos de medida</b>	Motivos para a não utilização de instrumentos de medida	Avaliação de resultados	4. Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica
<b>Conhecimentos e utilização de instrumentos de medida</b>	Utilização na prática clínica de instrumentos de medida		
<b>Conhecimento dos fisioterapeutas sobre os seus direitos e deveres</b> <b>Conhecimentos dos fisioterapeutas sobre as suas competências</b>	Conhecimentos inerentes à profissão	Conhecimentos dos Fisioterapeutas	5. Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas
<b>Conhecimento dos fisioterapeutas (fibromialgia)</b> <b>Conhecimentos e utilização da prática centrada no utente</b> <b>Conhecimentos e utilização de instrumentos de medida</b>	Identificação de necessidades profissionais		
<b>Custo-benefício da Fisioterapia (longo prazo)</b> <b>Custo-benefício da fisioterapia</b> <b>Custo-efetividade das intervenções</b> <b>Custo-efetividade/eficiência das intervenções</b>	Relação custo-benefício das intervenções de Fisioterapia		
<b>Custo-benefício da fisioterapia vs medicação vs nenhuma intervenção</b> <b>Custo-efetividade (fisioterapia vs intervenções médicas/farmacológicas)</b> <b>Custo-eficácia (fisioterapia vs outras intervenções)</b>	Relação custo-benefício da Fisioterapia face a outras intervenções	Custo-benefício	6. Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta
<b>Custo-efetividade de modelos de resposta/organização (dor crónica)</b> <b>Custo-Efetividade da abordagem estratificada</b>	Relação custo-benefício de modelos de resposta/ organização		
<b>Mecanismos de ação da Fisioterapia</b> <b>Mecanismos de ação Terapia Manual</b> <b>Mecanismos de ação (Técnicas Passivas vs Ativas vs Ativo-passivas)</b> <b>Mecanismos de ação da manipulação</b> <b>Efeitos da Terapia Manual nos marcados fisiológicos (inflamatórios/bioquímicos)</b>	Justificação dos efeitos das intervenções de Fisioterapia	Mediadores dos efeitos	7. Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)

<b>Razão para os benefícios do exercício</b> <b>Justificação dos efeitos das terapias miofasciais</b> <b>Mecanismos de produção de analgesia através do exercício</b> <b>Influência da empatia/contexto nos resultados (intervenções)</b>			
<b>Utilização de estratégias de responsabilização do utente</b> <b>Nível de implementação das guidelines</b>	Estratégias/modalidade de intervenção	Caracterização da prática	8. Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas
<b>Caracterização dos modelos utilizados na prática clínica (biomédico; biopsicossocial)</b> <b>Conhecimentos e utilização da prática centrada no utente</b>	Modelos subjacentes à prática clínica		
<b>Efetividade das intervenções em dor no joelho</b> <b>Eficácia das estratégias pós ligamentoplastia do Ligamento Cruzado Anterior</b> <b>Eficácia das intervenções (Dor Lombar Crónica)</b> <b>Efetividade em tendinopatias</b> <b>Intervenção em condições crónicas</b> <b>Intervenção em dor cervical (origem reumatológica)</b> <b>Intervenção em contraturas musculares (origem reumatológica)</b> <b>Intervenção em hérnias (origem reumatológica)</b> <b>Intervenção em tendinopatias com calcificações</b> <b>Eficácia terapia manual vs outras intervenções</b> <b>Prevenção/intervenção em condições reumatológicas</b> <b>Efetividade exercício (condições degenerativas/ idosos)</b> <b>Efetividade da Fisioterapia em contexto real</b> <b>Avaliação e intervenção na articulação temporomandibular</b>	Resultados das intervenções de fisioterapia em condições músculo-esqueléticas específicas	Efeitos	9. Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas
<b>Eficácia de bowen</b> <b>Eficácia de bowen</b> <b>Eficácia de técnicas de terapia manual</b> <b>Eficácia do ultrassom</b> <b>Evidência para as técnicas de Terapia Manual</b> <b>Evidência para a terapia pelo exercício</b>	Resultados das diferentes modalidades de fisioterapia		

<b>Eficácia das técnicas miofasciais</b> <b>Efetividade das técnicas de Fisioterapia</b> <b>Efeitos da Terapia Manual</b> <b>Efeitos da Terapia Manual</b> <b>Efetividade da eletroterapia</b> <b>Efetividade intervenção cognitiva</b> <b>Eficácia do ultrassom</b> <b>Efetividade dos agentes eletrofísicos</b> <b>Efetividade dos sistemas de biofeedback</b> <b>Efetividade taping neuromuscular</b> <b>Efetividade das intervenções de Fisioterapia</b> <b>Efetividade (exercício + educação em neurociência)</b> <b>Efeitos da mobilização acessória/ manipulação</b> <b>Efeitos da manipulação</b>			
<b>Benefícios da massagem na dor (Síndrome da Fadiga Crónica)</b> <b>Benefícios - sintomas Fibromialgia</b> <b>Melhoria do sono</b> <b>Eficácia da estimulação elétrica na atrofia muscular</b> <b>Efeitos (técnicas neurodinâmica) na dor aguda</b> <b>Efetividade de Intervenções específicas para fatores psicossociais</b> <b>Efetividade nos fatores de mau prognóstico (transição dor aguda-crónica)</b> <b>Redução da dor sem medicação</b> <b>Redução da dor sem medicação</b> <b>Influência da Fisioterapia na percepção de melhoria</b> <b>Intervenção motivacional/ comportamental para atividade física</b>	<p>Resultados em sintomas/condições/outcomes específicos</p>		
<b>Efetividade de diferentes modelos de cuidados (Público; privado; privado-convencionado)</b> <b>Comparação dos resultados entre modelos, locais e países</b>	<p>Comparação dos resultados entre modelos/contextos de cuidados</p>	<p>Resultados dos diferentes locais/modelos de cuidados</p>	
<b>Intervenção cognitiva com/sem outras intervenções</b> <b>Impacto da comunicação nos outcomes</b> <b>Influência da empatia/contexto nos resultados</b>	<p>Combinação de modalidades/estratégias para otimização de resultados</p>	<p>Otimização dos efeitos</p>	

(intervenções) Otimizar efeitos das intervenções através de educação Otimizar participação do utente na intervenção (biofeedback) Ensino e conhecimentos do utente (melhoria dos resultados)			
Resultados de diferentes planos de exercício Formato mais adequado da educação	Comparação dos resultados de diferentes técnicas/formatos de Exercício/Educação		
Efeitos da mobilização acessória/ manipulação no Sistema Nervoso (central/periférico/ autónomo) Efeitos (exercício/ Terapia Manual /educação) nas alterações do Sistema Nervoso (dor crónica)	Ação das intervenções no Sistema Nervoso	Efeitos Fisiológicos	10. Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)
Efeitos da Terapia Manual nos marcadores fisiológicos (inflamatórios/bioquímicos)	Ação das intervenções em marcadores fisiológicos		
Efetividade (diferentes métodos/técnicas) na prevenção de lesões Efetividade da intervenção/prevenção entorses Efetividade na prevenção dor crónica lombar/cervical Efetividade nos fatores de mau prognóstico (transição dor aguda-crónica) Prevenção de lesões musculares Prevenção/intervenção em condições reumatológicas Cinesioterapia na prevenção da atrofia muscular/tendões	Papel das intervenções/métodos na prevenção da ocorrência de lesões/dor	Prevenção de lesões/ condições músculo-esqueléticas	11. Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas
Efetividade na prevenção de lesões laborais Prevenção de lesões laborais Prevenção de lesões laborais e redução do impacto (saúde; social; económico) Papel preventivo da fisioterapia laboral	Prevenção de lesões laborais		
Prevenção de complicações associadas a escolioses	Prevenção de complicações associados a condições músculo-esqueléticas	Prevenção de complicações	
Efetividade de estratégias de melhoria de adesão às intervenções Efetividade de intervenções na adesão à intervenção	Melhorar a adesão às intervenções	Promoção do papel do utente	12. Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-

<b>Otimização da adesão ao exercício</b> <b>Otimizar participação do utente na intervenção (biofeedback)</b> <b>Adesão e aceitação dos utentes ao exercício prescrito</b> <b>Ensino e conhecimentos do utente (melhoria dos resultados)</b> <b>Intervenção motivacional/ comportamental para atividade física</b>			esqueléticas
<b>Efetividade na promoção da autogestão pós alta (condições crónicas)</b>	Promoção da autogestão nas condições crónicas		
<b>Incidência de lesões desportivas</b> <b>Incidência sintomas irradiados (coluna)</b> <b>Incidência/prevalência dor lombar</b> <b>Lesões nos membros inferiores associadas à corrida</b>	Número de novas lesões/sintomas/condição	Incidência	13. Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas
<b>Prevalência de condições músculo-esqueléticas</b> <b>Incidência/prevalência dor lombar</b>	Número total de pessoas com dor crónica/condições músculo-esqueléticas	Prevalência	
<b>Curso clínico durante intervenção</b> <b>Timings de recuperação lesões musculares</b>	Evolução de uma condição/sintomas durante a intervenção	Curso Clínico	14. Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas no contexto da intervenção de Fisioterapia
<b>Prevalência de condições agudas vs crónica na prática de fisioterapia</b>	Tipo de condições músculo-esqueléticas (agudas/crónicas) que caracterizam a prática clínica	Condições músculo-esqueléticas na prática clínica	
<b>Otimização dos parâmetros/características do exercício</b> <b>Parâmetros e resposta a intervenção por ondas de choque</b> <b>Relação Dose/Efeitos da Terapia manual</b> <b>Otimização da dose do exercício</b> <b>Prescrição/características do exercício</b> <b>Parâmetros/características para prescrição de exercício (dor crónica)</b> <b>Formato mais adequado da educação</b> <b>Adequação da intensidade/pressão do fisioterapeuta</b> <b>Resultados de diferentes planos de exercício</b>	Características das intervenções	Dose/efeito	15. Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções
<b>Propriedades psicométricas de testes de diagnóstico</b> <b>Validade/fiabilidade de testes/indicadores clínicos</b>	Utilidade clínica dos testes de avaliação física e indicadores	Diagnóstico	16. Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e

<b>Indicadores subjetivos/utente para o diagnóstico</b> <b>Validade testes clínicos</b> <b>Validade testes de avaliação/diagnóstico</b> <b>Validade/Fiabilidade do diagnóstico clínico</b> <b>Avaliação e intervenção na articulação temporomandibular</b>	subjetivos no diagnóstico		avaliação de resultados
<b>Validade de instrumentos de avaliação (ecografia/termografia)</b> <b>Validade novas tecnologias de feedback/feedforward (smartphones)</b>	Utilidade clínica de tecnologia de avaliação/diagnóstico		
<b>Crítérios (testes/indicadores) de referenciação para fisioterapia/outras áreas médicas</b>	Crítérios de referenciação		
<b>Validação de instrumentos de medida</b> <b>Validação/estudo de instrumentos de medida</b> <b>Papel dos meios complementares de diagnóstico na avaliação e medição de resultados</b>	Utilidade clínica de instrumentos de avaliação de resultados	Instrumentos de avaliação	
<b>Construção de instrumentos de medida (menor dimensão) contendo múltiplos domínios/questões de outros instrumentos</b> <b>Sistematizar ferramentas de avaliação</b> <b>Padronizar avaliação de resultados</b> <b>Definição de Crítérios de melhoria</b>	Melhoria dos instrumentos/métodos de avaliação de resultados		
<b>Fatores de prognóstico para os resultados</b> <b>Identificação de fatores de prognóstico para os resultados</b> <b>Fatores que influenciam a percepção de melhoria</b> <b>Impacto do background cultural nos resultados</b> <b>Subgrupos com repostas diferentes à intervenção</b>	Características com influência na probabilidade de sucesso/insucesso das intervenções	Prognóstico	17. Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia
<b>Fatores modificadores do efeito</b>	Características com influência na probabilidade de sucesso/insucesso de intervenções específicas	Modificadores do efeito	
<b>Fatores de risco - condições músculo-esqueléticas crónicas</b> <b>Relação fator de risco/ lesão</b>	Características que aumentam a probabilidade de ocorrer uma lesão/condição	Fatores de risco	18. Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas
<b>Satisfação dos utentes com intervenções recomendadas por guidelines</b>	Perceção dos utentes acerca das intervenções	Satisfação dos utentes	19. Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas

<b>Adesão e aceitação dos utentes ao exercício prescrito</b>			
<b>Relação entre "ombro congelado" e fatores psicossomáticos</b> <b>Relação da articulação temporomandibular/cervical superior com outras disfunções</b> <b>Relação dor central e traumas emocionais</b> <b>Papel da fásia nas lesões músculo-esqueléticas</b>	Fatores associados às condições músculo-esqueléticas	Caracterização das condições músculo-esqueléticas	20. Relações entre estruturas, sintomas e condições músculo-esqueléticas
<b>Resposta motora, sensorial e psicossocial associada à dor crónica</b> <b>Influência da dor crónica na biomecânica articular e funcionalidade</b>	Respostas associadas à dor crónica		
<b>Relação Fibromialgia/Síndrome Fadiga Crónica</b> <b>Relação entre disfunção cervical e disfunção do ombro</b> <b>Choques Elétricos na Fibromialgia</b> <b>Relação dor/fadiga</b> <b>Relação sintomas/impacto da fibromialgia</b>	Associação entre condições/sintomas		
<b>Influência da estática podal na biomecânica dos membros inferiores e coluna</b>	Impacto da posição do pé no membro inferior e coluna	Biomecânica	
<b>Influência da estática podal na informação proprioceptiva</b>	Impacto da posição do pé na propriocepção		
<b>Impacto da cinesiofobia no córtex motor</b> <b>Efeito da condição física na estrutura cerebral</b>	Fatores com influência na estrutura cerebral	Alterações na estrutura cerebral	
<b>Adaptação de modelos de gestão da dor crónica ao contexto português</b> <b>Gestão de doenças crónicas</b> <b>Desenvolvimento de modelos teóricos (sistematização da literatura)</b> <b>Desenvolvimento de modelos teóricos de gestão da dor crónica (sistematização da literatura)</b>	Modelos de resposta e gestão das condições crónicas	Modelos de resposta	21. Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas
<b>Desenvolvimento de modelos/instrumentos de estratificação</b> <b>Impacto dos modelos/instrumentos de estratificação nos resultados</b> <b>Melhoria dos modelos/instrumentos de estratificação</b>	Modelos de resposta via estratificação		



## APÊNDICE I

### AGENDA DE INVESTIGAÇÃO EM FCME EM PORTUGAL

#### **Prioridades de investigação em fisioterapia em condições músculo-esquelética**

##### **Processo de priorização**

360 potenciais participantes divididos em cinco painéis:

1. *Experts* clínicos
2. Mestres em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas
3. Docentes e coordenadores de cursos graduados e pós-graduados de Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas
4. Educadores clínicos de cursos graduados e pós-graduados em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas
5. Utentes com patologia músculo-esquelética

##### **Ronda 1**

- 330 participantes convidados
- 116 participantes – 32,2% de adesão
- 398 tópicos identificados pelos participantes
- 21 temas categorizados

##### **Ronda 2**

- 330 participantes convidados
- 95 participantes – 28,8% de adesão
- 18 temas graduados como os mais importantes

##### **Ronda 3**

- 327 participantes convidados
- 108 participantes – 32,7% de adesão
- 10 temas graduados como os mais importantes

Categories	Topics	
<b>Prevenção de lesões/ condições músculo-esqueléticas</b>	Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas	<b>Temas prioritizados</b>
<b>Prevenção de complicações</b>		
<b>Efeitos</b>	Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas	
<b>Resultados dos diferentes locais/modelos de cuidados</b>		
<b>Otimização dos efeitos</b>		
<b>Mediadores dos efeitos</b>	Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)	
<b>Promoção do papel do utente</b>	Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas	
<b>Satisfação dos utentes</b>	Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas	
<b>Efeitos Fisiológicos</b>	Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)	
<b>Fatores de risco</b>	Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas	
<b>Custo-benefício</b>	Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta	
<b>Prática informada pela Evidência</b>	Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)	
<b>Dose/efeito</b>	Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções	
<b>Efeitos (Abordagem Estratificada)</b>	Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada	
<b>Custo-benefício</b>		
<b>Prognóstico</b>	Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia	
<b>Modificadores do efeito</b>	Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas	
<b>Modelos de resposta</b>	Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde	
<b>Subgrupos</b>	Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas	
<b>Caracterização da prática</b>	Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados	
<b>Diagnóstico</b>	Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica	
<b>Instrumentos de avaliação</b>	Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas no contexto da intervenção de Fisioterapia	
<b>Avaliação de resultados</b>		
<b>Curso Clínico</b>	Relações entre estruturas, sintomas e condições músculo-esqueléticas	
<b>Condições músculo-esqueléticas na prática clínica</b>		
<b>Caracterização das condições músculo-esqueléticas</b>		
<b>Biomecânica</b>	Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas	
<b>Alterações na estrutura cerebral</b>		
<b>Incidência</b>		
<b>Prevalência</b>		

## APÊNDICE J

### OUTPUT SPSS: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

#### Normality Tests

Tests of Normality							
	Painel de participantes	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sexo	Docente	,430	22	,000	,590	22	,000
	Expert	,465	28	,000	,541	28	,000
	Educador Clínico	,382	29	,000	,628	29	,000
	Mestre em FCME	,471	9	,000	,536	9	,000
	Utente	,526	28	,000	,361	28	,000
Idade	Docente	,171	22	,092	,912	22	,052
	Expert	,149	28	,115	,873	28	,003
	Educador Clínico	,144	29	,128	,936	29	,077
	Mestre em FCME	,288	9	,030	,857	9	,090
	Utente	,092	28	,200*	,967	28	,513

\*. This is a lower bound of the true significance.  
a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality <sup>c</sup>							
	Painel de participantes	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Anos de experiência	Docente	,152	22	,200*	,908	22	<b>,043</b>
	Expert	,140	28	,167	,899	28	<b>,011</b>
	Educador Clínico	,211	29	,002	,899	29	<b>,009</b>
	Mestre em FCME	,235	9	,163	,859	9	,094

\*. This is a lower bound of the true significance.  
a. Lilliefors Significance Correction  
c. There are no valid cases for Anos de experiência when Painel de participantes = 5,000. Statistics cannot be computed for this level.

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade	116	41,34	10,890	1,011

One-Sample Test						
	Test Value = 41.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Idade	,036	115	,971	,036	-1,97	2,04

**Crosstabs**

**Ronda 1**

**Sexo \* Painei de participantes**

<b>Painei de participantes * Sexo Crosstabulation</b>					
			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Painei de participantes	Docente	Count	7	15	22
		% within Painei de participantes	31,8%	68,2%	100,0%
		% within Sexo	11,1%	28,3%	19,0%
	Expert	Count	7	21	28
		% within Painei de participantes	25,0%	75,0%	100,0%
		% within Sexo	11,1%	39,6%	24,1%
	Educador Clínico	Count	17	12	29
		% within Painei de participantes	58,6%	41,4%	100,0%
		% within Sexo	27,0%	22,6%	25,0%
	Mestre em FCME	Count	7	2	9
		% within Painei de participantes	77,8%	22,2%	100,0%
		% within Sexo	11,1%	3,8%	7,8%
Utente	Count	25	3	28	
	% within Painei de participantes	89,3%	10,7%	100,0%	
	% within Sexo	39,7%	5,7%	24,1%	
Total		Count	63	53	116
		% within Painei de participantes	54,3%	45,7%	100,0%
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

<b>Chi-Square Tests</b>			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,197 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	32,996	4	,000
Linear-by-Linear Association	26,753	1	,000
N of Valid Cases	116		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,11.

<b>Painei de participantes * Tipo de prática Crosstabulation</b>							
			Tipo de prática				Total
			Público	Privado	Misto	Docência	
Painei de participantes	Docente	Count	5	12	3	2	22
		% within Painei de participantes	22,7%	54,5%	13,6%	9,1%	100,0%
		% within Tipo de prática	33,3%	26,1%	12,0%	100,0%	25,0%

	Expert	Count	2	21	5	0	28
		% within Paine de participantes	7,1%	75,0%	17,9%	0,0%	100,0%
		% within Tipo de prática	13,3%	45,7%	20,0%	0,0%	31,8%
	Educador Clínico	Count	7	7	15	0	29
		% within Paine de participantes	24,1%	24,1%	51,7%	0,0%	100,0%
		% within Tipo de prática	46,7%	15,2%	60,0%	0,0%	33,0%
	Mestre em FCME	Count	1	6	2	0	9
		% within Paine de participantes	11,1%	66,7%	22,2%	0,0%	100,0%
		% within Tipo de prática	6,7%	13,0%	8,0%	0,0%	10,2%
Total	Count	15	46	25	2	88	
	% within Paine de participantes	17,0%	52,3%	28,4%	2,3%	100,0%	
	% within Tipo de prática	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Crosstab						
			Formação Acadêmica			Total
			Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Paine de participantes	Docente	Count	2	15	5	22
		% within Paine de participantes	9,1%	68,2%	22,7%	100,0%
		% within Formação Acadêmica	5,4%	33,3%	83,3%	25,0%
	Expert	Count	16	11	1	28
		% within Paine de participantes	57,1%	39,3%	3,6%	100,0%
		% within Formação Acadêmica	43,2%	24,4%	16,7%	31,8%
	Educador Clínico	Count	19	10	0	29
		% within Paine de participantes	65,5%	34,5%	0,0%	100,0%
		% within Formação Acadêmica	51,4%	22,2%	0,0%	33,0%
	Mestre em FCME	Count	0	9	0	9
		% within Paine de participantes	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Formação Acadêmica	0,0%	20,0%	0,0%	10,2%
Total	Count	37	45	6	88	
	% within Paine de participantes	42,0%	51,1%	6,8%	100,0%	
	% within Formação Acadêmica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

<b>Crosstab</b>				
			Pós- Graduação	Total
			Pós-Graduação	
Painel de participantes	Docente	Count	3	3
		% within Painel de participantes	100,0%	100,0%
		% within Pós- Graduação	12,5%	12,5%
	Expert	Count	12	12
		% within Painel de participantes	100,0%	100,0%
		% within Pós- Graduação	50,0%	50,0%
	Educador Clínico	Count	9	9
		% within Painel de participantes	100,0%	100,0%
		% within Pós- Graduação	37,5%	37,5%
Total		Count	24	24
		% within Painel de participantes	100,0%	100,0%
		% within Pós- Graduação	100,0%	100,0%

<b>Escola de formação base * Painel de participantes Crosstabulation</b>							
		Painel de participantes				Total	
		Docente	Expert	Educador Clínico	Mestre em FCME		
Escola de formação base	Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Count	5	0	6	1	12
		% within Escola de formação base	41,7%	0,0%	50,0%	8,3%	100,0%
		% within Painel de participantes	22,7%	0,0%	20,7%	11,1%	13,6%
	Escola Superior de Saúde Atlântica	Count	0	1	0	0	1
		% within Escola de formação base	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Painel de participantes	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	1,1%
	Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha	Count	0	0	0	1	1
		% within Escola de formação base	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Painel de participantes	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	1,1%
	Escola Superior de Saúde de	Count	5	10	7	3	25
		% within Escola de	20,0%	40,0%	28,0%	12,0%	100,0%

Alcoitão	formação base					
	% within Painel de participantes	22,7%	35,7%	24,1%	33,3%	28,4%
Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde	Count	0	1	1	0	2
	% within Escola de formação base	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% within Painel de participantes	0,0%	3,6%	3,4%	0,0%	2,3%
Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	Count	5	3	5	0	13
	% within Escola de formação base	38,5%	23,1%	38,5%	0,0%	100,0%
	% within Painel de participantes	22,7%	10,7%	17,2%	0,0%	14,8%
Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa	Count	0	1	1	1	3
	% within Escola de formação base	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Painel de participantes	0,0%	3,6%	3,4%	11,1%	3,4%
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde	Count	1	5	2	2	10
	% within Escola de formação base	10,0%	50,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	% within Painel de participantes	4,5%	17,9%	6,9%	22,2%	11,4%
Instituto Politécnico de Porto - Escola Superior de Saúde	Count	2	2	7	0	11
	% within Escola de formação base	18,2%	18,2%	63,6%	0,0%	100,0%
	% within Painel de participantes	9,1%	7,1%	24,1%	0,0%	12,5%
Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro	Count	3	1	0	1	5
	% within Escola de formação base	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	% within Painel de participantes	13,6%	3,6%	0,0%	11,1%	5,7%
CESPU - Instituto	Count	1	4	0	0	5
	% within	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%	100,0%

	Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	Escola de formação base					
		% within Pannel de participantes	4,5%	14,3%	0,0%	0,0%	5,7%
Total		Count	22	28	29	9	88
		% within Escola de formação base	25,0%	31,8%	33,0%	10,2%	100,0%
		% within Pannel de participantes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Escolas de formação base	N (88)	%
CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	5	5,7
Escola Superior de Saúde Atlântica	1	1,1
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha	1	1,1
Escola Superior de Saúde de Alcoitão	25	28,4
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	12	13,6
Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	13	14,8
Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa	3	3,4
Instituto Politécnico de Porto - Escola Superior de Saúde	11	12,5
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde	10	11,4
Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro	5	5,7
Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde	2	2,3

Formação Académica – Pannel 5 (utentes)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Básico	1	3,6	3,6	3,6
	Ensino Secundário	13	46,4	46,4	50,0
	Ensino Superior	14	50,0	50,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Case Processing Summary						
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idade * Pannel de participantes	116	100,0%	0	0,0%	116	100,0%

Report			
Idade	Mean	N	Std. Deviation
Pannel de participantes			
Docente	38,14	22	9,997
Expert	40,04	28	9,632
Educador Clínico	40,90	29	9,608
Mestre em FCME	32,00	9	3,905
Utente	48,61	28	11,839
Total	41,34	116	10,890

Case Processing Summary						
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Anos de experiência * Pannel de participantes	88	100,0%	0	0,0%	88	100,0%

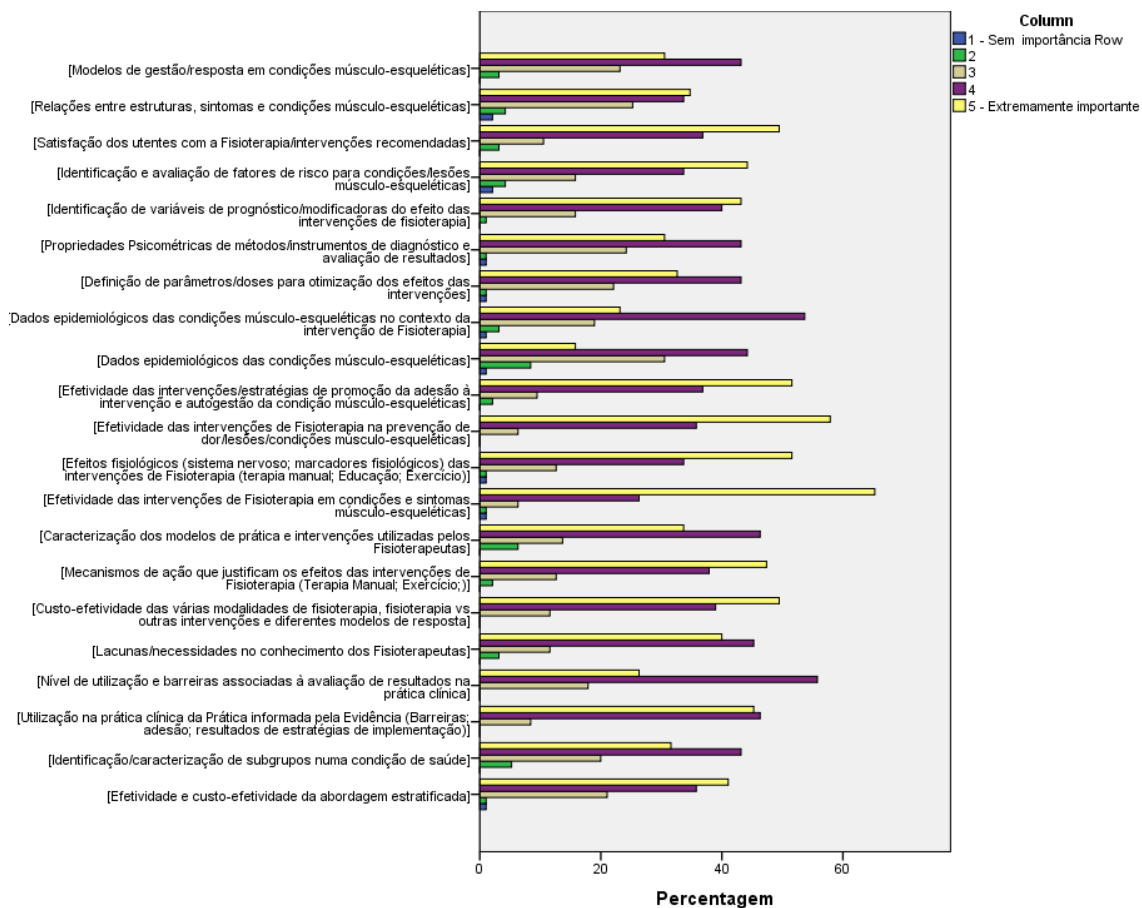
Report			
Anos de experiência	Mean	N	Std. Deviation
Pannel de participantes			
Docente	16,20	22	10,070
Expert	17,75	28	9,033
Educador Clínico	18,86	29	9,579
Mestre em FCME	10,33	9	4,213
Total	16,97	88	9,331

## Ronda 2

Statistics		
Anos de experiência		
N	Valid	73
	Missing	0
Mean		17,05479452054804
Median		14,00000000000010
Std. Deviation		9,555234765066057

	N		Mean	Median
	Valid	Missing		
[Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada]	95	0	4,15	4,00
[Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde]	95	0	4,01	4,00
[Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)]	95	0	4,37	4,00

[Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica]	95	0	4,08	4,00
[Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas]	95	0	4,22	4,00
[Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta]	95	0	4,38	4,00
[Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)]	95	0	4,31	4,00
[Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas]	95	0	4,07	4,00
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas]	95	0	4,54	5,00
[Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)]	95	0	4,34	5,00
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas]	95	0	4,52	5,00
[Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas]	95	0	4,38	5,00
[Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas]	95	0	3,65	4,00
[Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas no contexto da intervenção de Fisioterapia]	95	0	3,95	4,00
[Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções]	95	0	4,05	4,00
[Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados]	95	0	4,01	4,00
[Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia]	95	0	4,25	4,00
[Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas]	95	0	4,14	4,00
[Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas]	95	0	4,33	4,00
[Relações entre estruturas, sintomas e condições músculo-esqueléticas]	95	0	3,95	4,00
[Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas]	95	0	4,01	4,00



### Coefficiente de variação (CV)

Ratio Statistics for [Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada] / um	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,8%

Ratio Statistics for [Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde] / um	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	21,4%

Ratio Statistics for [Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)] / um	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	14,6%

<b>Ratio Statistics for [Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	16,2%

<b>Ratio Statistics for [Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	18,3%

<b>Ratio Statistics for [Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	15,7%

<b>Ratio Statistics for [Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	18,0%

<b>Ratio Statistics for [Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	21,0%

<b>Ratio Statistics for [Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	16,2%

<b>Ratio Statistics for [Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	18,9%

<b>Ratio Statistics for [Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	13,7%

<b>Ratio Statistics for [Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	17,0%

<b>Ratio Statistics for [Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	24,2%

<b>Ratio Statistics for [Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas no contexto da intervenção de Fisioterapia] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,4%

<b>Ratio Statistics for [Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,5%

<b>Ratio Statistics for [Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,7%

<b>Ratio Statistics for [Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	17,8%

<b>Ratio Statistics for [Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	23,6%

<b>Ratio Statistics for [Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	18,3%

<b>Ratio Statistics for [Relações entre estruturas, sintomas e condições músculo-esqueléticas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	24,9%

<b>Ratio Statistics for [Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas] / um</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,4%

## Coeficiente de concordância de *Kendall*

Ranks	
	Mean Rank
[Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada]	10,79
[Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde]	9,78
[Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)]	12,15
[Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica]	9,87
[Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas]	11,37
[Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta]	12,37
[Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)]	11,94
[Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas]	10,22
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas]	13,92
[Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)]	12,30
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas]	13,69
[Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas]	12,58
[Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas]	7,06
[Dados epidemiológicos das condições músculo-esqueléticas no contexto da intervenção de Fisioterapia]	9,07
[Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções]	10,04
[Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados]	9,64
[Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia]	11,51
[Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas]	11,08
[Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas]	12,27
[Relações entre estruturas, sintomas e condições músculo-esqueléticas]	9,62
[Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas]	9,71

Test Statistics	
N	95
Kendall's W <sup>a</sup>	,100
Chi-Square	189,601
df	20
Asymp. Sig.	,000
a. Kendall's Coefficient of Concordance	

### Ronda 3

Statistics		
Idade		
N	Valid	108
	Missing	0
Mean		41,15
Median		37,50
Std. Deviation		11,235

Statistics		
Anos de experiência		
N	Valid	88
	Missing	0
Mean		16,97
Std. Deviation		9,331

Statistics				
	N		Mean	Median
	Valid	Missing		
[Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada]	108	0	4,12	4,00
[Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde]	108	0	3,96	4,00
[Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)]	108	0	4,24	4,00
[Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica]	108	0	3,84	4,00
[Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas]	108	0	4,12	4,00
[Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta]	108	0	4,31	5,00
[Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)]	108	0	4,38	5,00
[Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas]	108	0	3,94	4,00
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas]	108	0	4,51	5,00
[Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)]	108	0	4,34	5,00
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas]	108	0	4,66	5,00
[Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas]	108	0	4,35	4,00

[Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções]	108	0	4,08	4,00
[Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados]	108	0	3,88	4,00
[Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia]	108	0	4,11	4,00
[Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas]	108	0	4,19	4,00
[Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas]	108	0	4,33	4,00
[Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas]	108	0	3,96	4,00

<b>Ratio Statistics for [Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada] / one</b>			
Coefficient of Variation			
Mean Centered			
			21,7%

<b>Ratio Statistics for [Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde] / one</b>			
Coefficient of Variation			
Mean Centered			
			21,8%

<b>Ratio Statistics for [Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)] / one</b>			
Coefficient of Variation			
Mean Centered			
			19,3%

<b>Ratio Statistics for [Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica] / one</b>			
Coefficient of Variation			
Mean Centered			
			21,4%

<b>Ratio Statistics for [Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas] / one</b>			
Coefficient of Variation			
Mean Centered			
			20,9%

<b>Ratio Statistics for [Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,7%

<b>Ratio Statistics for [Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	18,7%

<b>Ratio Statistics for [Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	21,0%

<b>Ratio Statistics for [Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	16,2%

<b>Ratio Statistics for [Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,0%

<b>Ratio Statistics for [Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	12,8%

<b>Ratio Statistics for [Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	16,7%

<b>Ratio Statistics for [Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	19,8%

<b>Ratio Statistics for [Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,8%

<b>Ratio Statistics for [Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,0%

<b>Ratio Statistics for [Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	19,9%

<b>Ratio Statistics for [Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	17,8%

<b>Ratio Statistics for [Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas] / one</b>	
Coefficient of Variation	
Mean Centered	
	20,7%

## Coeficiente de concordância de *Kendall*

Ranks	
	Mean Rank
[Efetividade e custo-efetividade da abordagem estratificada]	9,06
[Identificação/caracterização de subgrupos numa condição de saúde]	7,99
[Utilização na prática clínica da Prática informada pela Evidência (Barreiras; adesão; resultados de estratégias de implementação)]	9,73
[Nível de utilização e barreiras associadas à avaliação de resultados na prática clínica]	7,03
[Lacunas/necessidades no conhecimento dos Fisioterapeutas]	9,18
[Custo-efetividade das várias modalidades de fisioterapia, fisioterapia vs outras intervenções e diferentes modelos de resposta]	10,47
[Mecanismos de ação que justificam os efeitos das intervenções de Fisioterapia (Terapia Manual; Exercício;)]	10,86
[Caracterização dos modelos de prática e intervenções utilizadas pelos Fisioterapeutas]	7,92
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia em condições e sintomas músculo-esqueléticas]	11,71
[Efeitos fisiológicos (sistema nervoso; marcadores fisiológicos) das intervenções de Fisioterapia (terapia manual; Educação; Exercício)]	10,61
[Efetividade das intervenções de Fisioterapia na prevenção de dor/lesões/condições músculo-esqueléticas]	12,66
[Efetividade das intervenções/estratégias de promoção da adesão à intervenção e autogestão da condição músculo-esqueléticas]	10,48
[Definição de parâmetros/doses para otimização dos efeitos das intervenções]	8,77
[Propriedades Psicométricas de métodos/instrumentos de diagnóstico e avaliação de resultados]	7,36
[Identificação de variáveis de prognóstico/modificadoras do efeito das intervenções de fisioterapia]	9,15
[Identificação e avaliação de fatores de risco para condições/lesões músculo-esqueléticas]	9,57
[Satisfação dos utentes com a Fisioterapia/intervenções recomendadas]	10,39
[Modelos de gestão/resposta em condições músculo-esqueléticas]	8,08

Test Statistics	
N	108
Kendall's W <sup>a</sup>	,112
Chi-Square	205,124
df	17
Asymp. Sig.	,000
a. Kendall's Coefficient of Concordance	

