

Gonçalo Fraga

**Consenso sobre as variáveis
clínicas e sociodemográficas a
avaliar em utentes com condições
músculo-esqueléticas: um estudo
utilizando o método modificado
de Delphi**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

Orientador

Professor Doutor Diogo Pires

Novembro 2022

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

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

O candidato,



(Gonçalo Cepeda Fraga)

Setúbal, 16 de novembro de 2022

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

O orientador,

(Diogo André da Fonseca Pires)

Setúbal, 16 de novembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Ao professor doutor Diogo Pires o meu sincero agradecimento por toda ajuda e principalmente pela sua paciência durante todo o processo. Obrigado, também pelo feedback e pela orientação, caso contrário teria sido uma experiência ainda mais traumática.

Agradeço também a todos os docentes do mestrado por todo o conhecimento que me transmitiram, por serem compreensivos comigo, e por me terem feito duvidar de tudo o que tinha aprendido até aqui. Fez me sem dúvida crescer e tornar-me resiliente como pessoa e profissional.

A todos os participantes que aceitaram o meu convite e corresponderam com respostas e dados para a tese desenvolvida.

Ao senhor Grilo que durante este processo me dizia: os homens são como os bois, não sabem a força que realmente têm. Foi me fazendo acreditar que ia conseguir terminar esta fase.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, mas também por me proibirem de demorar mais um ano a acabar a dissertação, acabo por trabalhar melhor com a pressão da data de entrega.

Ao meu irmão André, por me dar um motivo para ser um exemplo para alguém.

A todos os meus amigos que me ajudaram e não insistiram para ir a saídas a noite quando tinha prazos para cumprir, foi a melhor ajuda que me podiam dar, no entanto, ainda bem que me convidaram. No entanto preciso de agradecer a todos os que dedicaram o seu tempo livre para ler e ajudar-me a formatar o documento, sem vocês, ainda hoje ia estar a fazer correções.

RESUMO

Variáveis clínicas e sociodemográficas a avaliar em utentes com condições músculo-esqueléticas: um estudo utilizando o método modificado de Delphi

Gonçalo Fraga; Diogo Pires

Introdução: Atualmente não existe recolha de dados sistematizada em contexto real, nomeadamente em Portugal, acerca das pessoas que procuram tratamentos de Fisioterapia em condições músculo-esqueléticas (FCME). Assim, a recolha de dados tende a ser variável entre locais, com utilização de diferentes variáveis e métricas, o que não permite a sua agregação, análise e interpretação adequada. O objetivo deste estudo foi criar consenso sobre as variáveis autoreportadas pelo utente a integrar num instrumento/ sistema de registo sistemático em fisioterapia para utentes com condições músculo-esquelética (CME).

Metodologia: Foi utilizado o método modificado de *Delphi* para a identificação e priorização das variáveis clínicas e sociodemográficas através de consenso de especialistas na área em estudo. Foram convidados 34 potenciais participantes, com diferentes posições e funções na FCME em Portugal, nomeadamente docentes, educadores, experts clínicos em FCME e utentes com CME. O estudo contou com duas rondas, onde foi pedido aos participantes que graduassem a importância de múltiplas variáveis numa escala de *Likert* de 1-5. O grau de consenso na ronda 1 foi obtido com base na média ≥ 4 , mediana ≥ 4 e uma percentagem de consenso $\geq 60\%$; na ronda 2, o consenso foi estabelecido de forma semelhante à ronda 1, com exceção da percentagem de consenso ($\geq 80\%$). Foi utilizado o coeficiente de concordância de *Kendall* para avaliar os níveis de consenso em cada ronda.

Resultados: Nas duas rondas houve uma participação de 88% e 93%, respetivamente. Na ronda 1 (n=29), das 41 variáveis propostas, apenas 28 cumpriram com os critérios de consenso. Na ronda 2 (n=27), foram adicionadas 4 variáveis à lista inicial que foram propostas pelos participantes. Das 32 variáveis, 18 cumpriram com os critérios de consenso pré-definidos. O coeficiente de concordância de *Kendall* foi de 0,310 na ronda 1 e 0,113 ronda 2.

Conclusões: A partir de um processo de consenso envolvendo fisioterapeutas e utentes com CME foram identificadas e priorizadas as variáveis mais importantes a recolher num momento inicial de contacto com a fisioterapia. Obteve-se um grupo restrito de 18 variáveis que podem integrar um futuro sistema de registo e caracterização de utentes em FCME.

Palavras-chave: Registo sistemático; Fisioterapia Músculo-Esquelética; Método Modificado de Delphi

ABSTRACT

Clinical and sociodemographic core outcome set to be used in patients with musculoskeletal conditions: a study using the modified Delphi method.

Gonçalo Fraga; Diogo Pires

Introduction and Objectives: Nowadays, in Portugal, there is no systematic data collection in a real context regarding people who seek Physiotherapy treatments in musculoskeletal (MSK) conditions. Data collection changes between locations, with the use of different variables and metrics, which does not allow standardization, analysis, and adequate interpretation. This study aims to create consensus on the variables self-reported by the patient to be integrated into a core outcome set/standardized data collection tool in physiotherapy for patients with MSK conditions.

Methodology: The modified Delphi method was used to identify and prioritize clinical and sociodemographic variables through consensus of experts in the MSK conditions area. We invited 34 potential participants with different grades and expertise in MSK physiotherapy in Portugal, such as teachers, educators, clinical experts and patients with MSK conditions. The study had two rounds, where participants were asked to rate the importance of multiple variables using a Likert scale of 1-5. In the first round the degree of consensus was obtained with mean ≥ 4 , median ≥ 4 and a percentage of consensus $\geq 60\%$. On the second round, consensus was established similarly to the previous one, apart from the percentage of consensus ($\geq 80\%$). Kendall's coefficient of agreement was used to assess the levels of consensus in each round.

Results: In both rounds there was an experts participation percentage of 88% and 93%, respectively. In round 1 (n=29) regarding the 41 variables proposed, only 28 met the consensus criteria. In round 2 (n=27) the participants proposed 4 new variables that were added to the initial list. Concerning the 32 variables, 18 met the pre-defined consensus criteria. Kendall's coefficient of agreement was 0.310 in round 1 and 0.113 in round 2.

Conclusions: The most important variables were identified and prioritized based on a consensus process considering physiotherapists and patients with MSK conditions. We obtained a restricted group of 18 variables, which may be useful in the design of a future standardized data collection tool.

Keywords: Standardized data collection; Musculoskeletal Physiotherapy; Modified Delphi Method.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	7
Desenho do estudo	7
Participantes	7
Procedimentos	9
Aspetos éticos	11
Análise estatística	12
RESULTADOS	13
Participantes	13
Ronda 1	14
Ronda 2	18
DISCUSSÃO	21
Limitações e Pontos fortes	25
Perspetivas futuras	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICES	i

LISTA DE ABREVIATURAS

APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

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

CME – Condições Músculo-Esqueléticas

FCME – Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas

GIFME - Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética

ME – Músculo-Esqueléticas

OA – Osteoartrose

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Painel de participantes.....	8
Tabela 2 - Lista inicial de variáveis	9
Tabela 3 - Caracterização do painel de experts	13
Tabela 4 - Graduação das variáveis na ronda 1, por domínios	15
Tabela 5 - Graduação das variáveis na ronda 2, por domínios	19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Procedimentos do estudo.....	11
Figura 2 - Fluxograma.....	14
Figura 3 - Média das variáveis que passaram à ronda seguinte	16
Figura 4 - Percentagem de consenso das variáveis que passaram à ronda seguinte	17
Figura 5 - Média das variáveis que não passaram à ronda seguinte	17
Figura 6 - Percentagem de consenso das variáveis que não passaram à ronda seguinte.....	18
Figura 7 - Lista de variáveis com uma percentagem de consenso maior que 85%	20
Figura 8 - Lista de variáveis com uma percentagem de consenso entre os 80% e os 84%.....	20

INTRODUÇÃO

As condições músculo-esqueléticas (CME) são extremamente comuns na população em geral e uma das principais causas de procura de cuidados de saúde. Atualmente, é um dos problemas de saúde de maior impacto a nível global - a par da saúde mental - apresentando-se como um dos principais contribuidores para os anos vividos com incapacidade a nível mundial, assumindo assim um componente de gastos com a saúde cada vez maior (Abbafati et al., 2020; Cieza et al., 2020). As CME compreendem mais de 150 condições/doenças diferentes que afetam o organismo e são caracterizadas, genericamente, por alterações nos músculos, ossos, articulações e tecidos conjuntivos adjacentes que podem levar a limitações temporárias ou crónicas ao longo da vida na função e participação da pessoa (World Health Organization, 2022).

As CME são tipicamente caracterizadas por dor e limitações na mobilidade, reduzindo a capacidade das pessoas de trabalhar e participar na sociedade, sendo passíveis de ser influenciadas (e influenciar) por múltiplos fatores que interagem entre si, incluindo fatores genéticos, psicológicos, sociais e biológicos (Hutting et al., 2022). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estas são relevantes durante toda a vida – desde a infância até à velhice – e variam desde condições que aparecem repentinamente e de curta duração (fraturas, entorses...), a dor/limitação persistente e de longo prazo, como a dor lombar não específica e osteoartrite (World Health Organization, 2022).

A mais recente análise epidemiológica sobre a prevalência e impacto destas condições a nível global mostra que aproximadamente 1.71 biliões de pessoas são afetadas por condições de origem ME, sendo assim a principal causa e o maior contribuidor para os anos vividos com incapacidade (Abbafati et al., 2020; Cieza et al., 2020; World Health Organization, 2022). É estimado que o aumento da incapacidade causado por condições de origem ME tenha aumentado cerca de 45% entre 1990 e 2019, em termos globais, em particular devido a osteoartrose (OA). Estima-se que a prevalência, incapacidade associada e impacto global continue a aumentar devido ao crescimento do número de pessoas com obesidade e baixos níveis de atividade física das populações, apresentando-se, portanto,

como um desafio em saúde pública de crescente relevância (Simões et al., 2017; Storheim, Kjersti, 2014). Adicionalmente, sabe-se que a população mundial está a envelhecer, existindo um número crescente de pessoas a viverem com incapacidade ou a sofrerem gradualmente uma perda de função devido a CME durante uma grande parte da sua vida (Cieza et al., 2020). Apesar da prevalência das condições ME ter tendência para aumentar com a idade, estas afetam principalmente a população em idade ativa, apresentando implicações na reforma antecipada e em problemas relacionados com a saúde mental (Branco et al., 2016; Cieza et al., 2020; Gomes, 2018).

Em Portugal as condições de origem ME apresentam prevalência semelhante com o resto do mundo (21,2%) sendo a dor lombar a CME mais comum em Portugal, que se apresenta em 26,4% do total de condições. Esta condição é mais frequente em mulheres do que em homens e aumenta a sua presença com a idade, sendo que a idade com maior prevalência é entre os 46-55 anos, e portanto em idade laboral (Branco et al., 2016). Em termos sociais acabam por ter um grande impacto em reformas antecipadas, acarretando custos diretos e indiretos consideráveis (World Health Organization, 2022). Por sua vez, as doenças peri articulares apresentam uma prevalência de 15,8%, afetando também mais as mulheres que os homens e, tal como a dor lombar, afeta principalmente pessoas em idade laboral. A osteoartrose do joelho, com uma prevalência de 12,4%, termina o pódio das condições mais prevalentes e as principais causas de procura de cuidados de saúde (Branco et al., 2016).

Apesar de não serem condições que contribuam para um aumento da mortalidade, as CME devem ser tidas em conta principalmente devido aos elevados níveis de incapacidade associados (World Health Organization, 2022). Por esta razão, são um tópico de interesse cada vez maior, pois a tendência é para estes números aumentarem e, por consequência, levar a um aumento dos custos associados primários e secundários que estas podem trazer, quer individualmente como para a sociedade (Burgess et al., 2021; Lin et al., 2020; Vital et al., 2018).

Perante isto, urge a necessidade de priorizar uma melhoria dos cuidados de saúde no contexto da intervenção em CME, nomeadamente melhorias que visem

a promoção do conjunto de intervenções necessárias quando um utente experiencia limitações no seu dia a dia, quer sejam físicas, mentais e sociais, devido às CME ou fatores associados (Ex: obesidade, atividade física, saúde mental) (Cieza et al., 2020). As CME são as que mais contribuem para as necessidades de reabilitação a nível global (World Health Organization, 2022). Em 2019, 2.41 bilhões de pessoas sofreram alguma condição que em algum ponto da sua evolução beneficiariam de algum serviço de reabilitação. Dentro deste número, mais de metade das pessoas afetadas estão em idade laboral e dois terços apresentam como motivo CME para a procura de cuidados de saúde. Isto significa que uma em cada três pessoas, pode beneficiar de cuidados de saúde durante a evolução da sua lesão/condição ME (Cieza et al., 2020). Neste contexto, existe suporte científico robusto para sustentar que a reabilitação é efetiva e custo-efetiva, apresentando-se como uma solução para promover uma melhoria nos cuidados de saúde prestados a pessoas com CME (Cieza et al., 2020).

Atualmente, sabe-se que uma percentagem importante das pessoas com CME recorre aos serviços de Fisioterapia, que por sua vez se apresenta como uma intervenção de primeira linha para a maioria das condições de dor músculo-esqueléticas (Lin et al., 2020). De acordo com as normas de orientação clínica mais recentes, as modalidades enquadradas no âmbito de competências da Fisioterapia são fortemente recomendadas para a maioria dos utentes com condições de dor não-específica de origem ME, tais como: a terapia manual, educação e exercício. Estas modalidades apresentam efetividade demonstrada num vasto leque de variáveis, direta e indiretamente, relacionadas com a dor, movimento e funcionalidade nas primeiras semanas ou meses (Budtz et al., 2020; Lin et al., 2020).

Apesar destes dados e de toda a evidência disponível, parece existir uma inconsistência entre a crescente carga social das condições de dor com origem ME e uma resposta apropriada de políticas de saúde. A redução destas desigualdades deve ser prioritária e um dos principais objetivos deve ser a reestruturação dos serviços de saúde ME, onde se inclui a fisioterapia (Burgess et al., 2021). Um dos principais contribuidores para este aumento da necessidade de cuidados de saúde pode ser a falta de qualidade nos serviços prestados (Lin et al., 2020; Oostendorp

et al., 2022; van Trijffel et al., 2019; Zadro et al., 2019). Apesar da investigação relevante para a prática na fisioterapia seja substancialmente superior desde os últimos 15 anos (Jesus et al., 2020), a implementação das melhores práticas é descrita como lenta e imprevisível, dificultando a melhoria nos cuidados prestados, e torna complexa a adaptabilidade dos prestadores de serviços às necessidades dos utentes (Castellini et al., 2020).

Face a isto, urge implementar práticas efetivas, otimizar resultados e minimizar custos associados às condições de dor com origem ME. Para além da necessidade de uma melhoria nos serviços prestados, existe uma carência elevada de dados referentes ao contexto real, nomeadamente em Portugal, acerca das pessoas que procuram tratamentos de Fisioterapia. Uma forma de melhorar a qualidade da prática clínica pode ser através do registo de dados que permitam monitorizar as características dos utentes. Este procedimento permite conhecer a realidade da prática de fisioterapia e a caracterização dos utentes que recorrem a estes serviços de forma a informar decisões profissionais com potencial impacto, por exemplo, na formação de (novos/ atuais) profissionais e prática clínica dos fisioterapeutas em contexto real (E. C. Bryant et al., 2016; Burgess et al., 2021; van Trijffel et al., 2019).

Até então, tem havido iniciativas internacionais na área da fisioterapia, bem como noutras áreas no contexto da saúde ME, que procuram recomendar um conjunto de variáveis clínicas e/ou sociodemográficas a recolher no início de um episódio de cuidados de fisioterapia (Fawkes et al., 2014). Estas iniciativas estão também relacionadas, em parte, com o facto de não existir recolha de dados sistematizada por parte dos profissionais de saúde; ou por ser muito variável entre locais, com a recolha de diferentes métricas e de forma completamente distinta, o que não permite a sua agregação, análise e interpretação adequada (Budtz et al., 2020; Burgess et al., 2021; Evensen et al., 2018; Verburg et al., 2019).

Em Portugal e no contexto das condições ME, estima-se que exista também uma grande variabilidade, nomeadamente devido: à ausência de plataformas de registo de âmbito profissional; à grande dispersão de contextos de prática, variabilidade e extensão de alguns dos instrumentos traduzidos e validados; ou pela

existência de múltiplas CME onde, um conjunto bastante alargado de variáveis são passíveis de serem mensuradas. Acerca deste último aspeto, a evidência atual aponta para que as CME de origem não específica parecem partilhar mecanismos, curso clínico, características e fatores de prognóstico, (Budtz et al., 2020; Burgess et al., 2021; De Vos Andersen et al., 2017) pelo que, apesar das especificidades inerentes a cada condição, é atualmente recomendada a não diferenciação entre CME, pelo menos num conjunto de variáveis fundamentais. Em particular, fatores como a idade, sexo, expectativas com o tratamento, duração de sintomas, comorbilidades, entre outras têm sido identificadas como fatores de prognóstico comuns a várias CME (Aasdahl et al., 2021; E. C. Bryant et al., 2016; Burgess et al., 2021; Evensen et al., 2018; Moore et al., 2012). Assim, tendo em conta que a tradicional metodologia de criar um diagnóstico baseado na localização da dor não contempla nem reflete a heterogeneidade nem a multiplicidade dos sintomas e respetivo impacto, é importante focar a avaliação em fatores pessoais, ocupacionais, clínicos, funcionais e psicossociais de forma transversal (Aasdahl et al., 2021; Artus et al., 2017; Rethorn et al., 2019).

Neste sentido, iniciativas anteriores têm procurado recomendar um conjunto de variáveis consensuais (entre *experts/ skateholders*) e transversais às CME (Burgess et al., 2021) visando a melhoria dos serviços prestados através da padronização e recolha de dados sistemática entre prestadores de cuidados em CME (Budtz et al., 2020; Dressler et al., 2019; Moore et al., 2012). A utilização de um sistema de informação/ base de dados a nível nacional mesmo que mais reduzido no número de variáveis mas aplicável ao contexto real, pode colmatar o problema de não existirem dados sobre a realidade clínica da FCME em Portugal (Swinkels et al., 2011).

Para além disto, na última década tem sido reforçado o papel do utente no reporte e avaliação do impacto das diversas condições de saúde. Este aspeto tem-se traduzido numa crescente recomendação e utilização de instrumentos, quer seja de caracterização como de avaliação de resultados, reportados pelo próprio utente (Bastemeijer et al., 2021; Wijma et al., 2017). Esta é uma transição importante nos cuidados de saúde que assume o papel único e imprescindível do utente na avaliação do seu estado de saúde, existindo a necessidade de uma ferramenta que

permita a participação ativa do utente sendo igualmente curta e fácil de aplicar (Swinkels et al., 2011).

Para uma implementação com sucesso, é necessário que utentes e fisioterapeutas aceitem um conjunto restrito de variáveis que devem ser aplicadas num futuro registo sistemático realizado pelos próprios utentes, sendo elas sociodemográficas e clínicas (pessoais, ocupacionais, estado global de saúde, clínicas, funcionais e psicossociais), nascendo assim a oportunidade de se criar uma base de dados suficientemente grande e consistente, que seja útil e crie valor para a prática clínica dos fisioterapeutas (Rethorn et al., 2019; Verburg et al., 2019). Estas variáveis podem, no futuro, ser utilizadas para caracterização/ avaliação transversal das várias condições de origem ME.

A criação de um sistema de informação/ base de dados a nível nacional que permita a recolha de resultados sobre variáveis fundamentais a conhecer e monitorizar em utentes com CME traria grandes vantagens na tomada de decisão sobre políticas de saúde, bem como aos próprios fisioterapeutas que estariam mais próximos de tomar decisões coletivas e individuais de forma informada e sustentada, melhorando a comunicação entre profissionais, permitindo realizar investigação em contexto real e assim reduzir a diferença de qualidade nos serviços prestados por fisioterapeutas (E. C. Bryant et al., 2016; Burgess et al., 2021; Moore et al., 2012). Este consenso e a sua transformação futura num instrumento ou sistema de informação de caracterização/ avaliação, partilhado profissionalmente, pode oferecer a fisioterapeutas e seus representantes uma ferramenta capaz de promover a participação dos utentes no processo de avaliação de fisioterapia ao mesmo tempo que agrega informação sobre as características das pessoas que procuram os cuidados de saúde e promove a investigação em contexto real (Burgess et al., 2021; Gargon et al., 2019; Moore et al., 2012; van Trijffel et al., 2019). Assim, este estudo representa o primeiro passo para esta meta global e tem por objetivo criar consenso sobre as variáveis clínicas e sociodemográficas autoreportadas pelo utente a integrar num instrumento/ sistema de registo sistemático em fisioterapia para utentes com condições de dor de origem ME.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

De forma a responder ao objetivo do estudo foi utilizado o método modificado de Delphi, que se apresenta como uma técnica cada vez mais sugerida para se atingir consenso sobre um tema específico dentro da área da saúde (Jünger et al., 2017). Este método apresenta quatro características metodológicas que permitem criar um maior envolvimento dos participantes e diminuir inconsistências associadas ao método (Thoomes et al., 2021): 1) um grupo de *experts* deve ser questionado sobre um problema que seja do seu interesse; 2) o processo deve ser anónimo, de forma a evitar pressão sobre determinado ponto de vista; 3) o processo deve ser interativo e com mais que uma ronda em que é aplicado o questionário; 4) os participantes devem ter conhecimento dos resultados obtidos na ronda anterior.

Este estudo foi realizado utilizando o *software online LymeSurvey* e apresentou duas rondas para obter consenso. O método de Delphi, normalmente, consiste na aplicação de três rondas, em que a primeira ronda tem como principal objetivo criar uma lista inicial de variáveis a estudar. Neste estudo não foi necessário proceder a esta ronda, uma vez que a lista de variáveis a utilizar foi formada através de estudos semelhantes realizados noutros países (Reino Unido, Países Baixos e Noruega), bem como num conjunto de revisões sistemáticas recentes relativas aos fatores de prognóstico das condições de dor de origem ME (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2021; Evensen et al., 2018). A recolha de dados decorreu entre fevereiro e abril de 2022 e as rondas dos questionários estiveram disponíveis para os participantes durante 15 dias.

Participantes

O painel de *experts* foi constituído por fisioterapeutas com conhecimento e experiência sobre o tópico a ser investigado, neste caso em condições músculo-esqueléticas, e a sua participação foi feita sempre de forma anónima (Diamond et al., 2014; Hasson et al., 2000). O número ideal de participantes no painel de *experts* para um estudo de Delphi não está bem descrito, no entanto, existem orientações

que apontam para um número entre 10 a 25 (Diamond et al., 2014; Veugelers et al., 2020). Neste estudo foram convidados 34 potenciais participantes de forma a construir o painel de *experts* que contou com utentes com CME e Fisioterapeutas com diferentes perfis: *experts* clínicos; docentes ou coordenadores de cursos graduados e pós-graduados na área das CME; e fisioterapeutas investigadores (tabela 1)

Foram previamente estabelecidos os critérios de inclusão para cada grupo de participantes, parâmetros estes expostos no início do questionário online para confirmarem a sua participação no estudo. O painel de *experts* clínicos foi identificado através do Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética (GIFME) da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) enquanto os restantes fisioterapeutas (docentes, educadores clínicos e ex-estudantes) foram identificados através dos coordenadores do mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas de várias instituições de ensino superior em Portugal. Por sua vez, os utentes com CME, foram identificados pelos *experts* clínicos convidados (tabela 1).

Tabela 1 - Painel de participantes

Participantes	Crítérios de inclusão
<i>Experts</i> Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Formação base em Portugal • Prática clínica atual • 7 ou mais anos de experiência em CME • Mestrado em CME ou similar, com creditação internacional (IFOMPT) e/ ou Título de especialista em fisioterapia
Fisioterapeutas investigadores	<ul style="list-style-type: none"> • Formação base em Portugal • Área de investigação e publicações científicas nos últimos 5 anos na área da dor e/ ou CME • Dedicção exclusiva ou parcial a projetos de investigação em curso
Fisioterapeutas docentes ou coordenadores	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos graduados e pós-graduados na área das CME
Utentes	<ul style="list-style-type: none"> • A realizar um programa de fisioterapia no momento do estudo ou nos 3 meses anteriores devido a dor/ CME

Procedimentos

Inicialmente foi desenvolvida uma lista de variáveis abrangente (apêndice I), que foi elaborada e atualizada a partir de estudos anteriores com objetivos semelhantes realizados noutros países europeus tais como o Reino Unido, Noruega e Países Baixos, bem como revisões sistemáticas recentes sobre fatores de risco, de prognóstico e modificadores do efeito no contexto das intervenções conservadoras e condições de dor ME de origem não específica (Artus et al., 2017; Budtz et al., 2020; Burgess et al., 2021; Evensen et al., 2018; Moore et al., 2012). Através desta tarefa preliminar foi identificada uma lista inicial constituída por 41 variáveis subdivididas em 6 domínios (tabela 2).

Tabela 2 - Lista inicial de variáveis

Domínio	Exemplos
Variáveis pessoais	Idade, sexo, agregado familiar, peso e altura, estado civil, habilitações literárias, zona de residência, hábitos tabágicos e alcoólicos, etnia, suporte social/familiar.
Variáveis ocupacionais	Situação laboral, tipo de trabalho, stress ocupacional, grau de satisfação laboral, status socioeconómico, dias de ausência laboral, seguro de saúde.
Variáveis do estado global de saúde	Comorbilidades, sono, nível de atividade física, perceção global de saúde, tempo sentado por dia.
Variáveis clínicas	Localização da dor, duração de sintomas, presença de dor constante, irradiação de sintomas, episódios anteriores de dor, medicação, exames realizados previamente, cirurgias prévias, tratamentos de fisioterapia prévios, padrão da dor ao longo do dia.
Variáveis funcionais	Intensidade da dor, função e participação, qualidade de vida.
Variáveis psicossociais	Cinesiofobia, expectativas sobre a recuperação, estratégias de <i>coping</i> , ansiedade e/ ou depressão, catastrofização, autoeficácia.

O questionário final foi precedido de um estudo piloto com um formulário-teste, de modo a testar o *software online* a utilizar (*LimeSurvey*), fazer os ajustes necessários ao conteúdo do questionário e avaliar o tempo que este deve estar disponível para o painel. O estudo piloto teve como amostra outros participantes que não os posteriormente convidados a integrar o painel de experts (Hasson et

al., 2000). Neste caso, foi aplicado um teste piloto a 10 participantes com um tempo médio de resposta ao questionário completo de 10 minutos. Após o teste piloto foram realizados ajustes *minor* no questionário em função dos comentários dos participantes e desenvolvida a versão final do questionário online.

Após a identificação dos 34 potenciais participantes, foi enviado um convite por email que continha uma carta explicativa do estudo com todas as informações sobre o mesmo (como o principal objetivo; o que será pedido durante todo o processo; o tempo que estes vão despende para responder ao questionário; envio em anexo da ficha informativa; e contactos dos autores). O mesmo e-mail continha ainda um *link* para iniciarem a sua participação através do software online *LimeSurvey*. Contudo, os participantes apenas tiveram acesso ao questionário em si após leitura e preenchimento do consentimento informado.

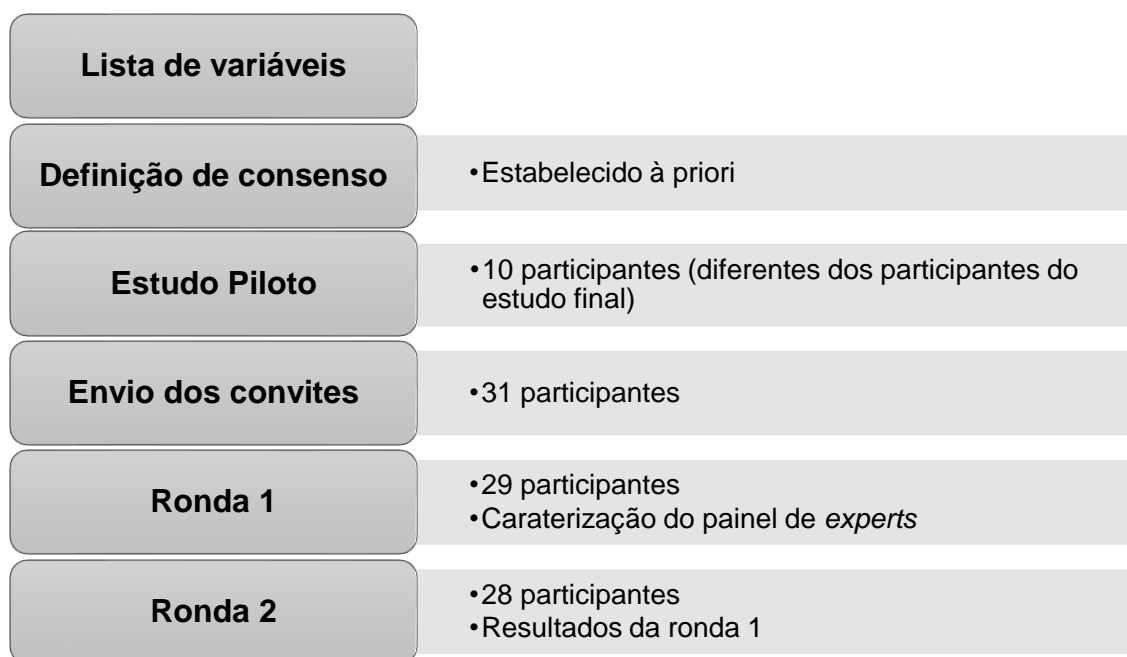
Os participantes dispuseram de 14 dias para responder a cada ronda. De forma a maximizar a percentagem de respostas, foi enviado um lembrete por email ao quinto e ao décimo dia para quem não tivesse respondido. A primeira ronda do questionário foi precedida de um formulário dirigido aos experts que visou a sua caracterização sociodemográfica (apêndice II) (idade, sexo, formação académica), profissional e/ou clínica (para diferenciar os fisioterapeutas dos utentes), mantendo o anonimato dos participantes.

Após o formulário de caracterização sociodemográfica, o estudo foi dividido em duas rondas: a primeira foi constituída pela lista inicial com diversas variáveis, com informações sobre a sua importância e evidência de suporte para cada uma, existindo também uma componente para respostas abertas, de modo a beneficiar da experiência e variedade do painel escolhido. Ou seja, cada participante pôde sugerir a introdução de uma nova variável na ronda seguinte e adicionar comentários que suportem as suas opções (Knox et al., 2019).

Na segunda ronda o painel foi informado sobre as variáveis que avançaram para a fase seguinte e quais não avançaram, com gráficos a suportar esta decisão. Nesta ronda foram também agrupadas e adicionadas sugestões propostas pelo painel de *experts* na ronda anterior. Foi pedido que repetissem o processo realizado na primeira ronda.

Em todas as rondas foi solicitado aos participantes que priorizassem as diferentes variáveis com base na sua experiência e na informação oferecida sobre as variáveis. A graduação da importância das variáveis em estudo foi realizada segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, (em que 5 representa o grau mais elevado de importância – “extremamente importante” - e 1 o grau mais baixo de importância – “sem importância”). Os participantes foram também informados que as variáveis devem ser transversais às diferentes condições de dor ME, sendo úteis para caracterizar os utentes e/ou apoiar a tomada de decisão do fisioterapeuta. A figura 1 representa a sequência de procedimentos realizados ao longo do estudo.

Figura 1 - Procedimentos do estudo



Aspetos éticos

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 III).

Todos os participantes deste estudo contribuíram de forma anónima e voluntária ao longo de todo o processo, sendo que o seu endereço IP não foi

registado nem armazenado durante o preenchimento dos questionários nas várias rondas, assegurando assim, a sua confidencialidade.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada após extração dos dados diretamente da plataforma *online LimeSurvey* para o Excel e posteriormente analisados utilizando o “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS). A análise foi baseada na média e mediana obtida para cada variável na escala de *Likert*, por ser um indicador de concordância e tendência do painel de *experts*. O coeficiente de Kendall também foi calculado para medir o grau de consenso entre o painel de *experts*. Este indicador varia entre 0 (sem concordância) e 1 (total concordância). Foi também utilizada a percentagem de consenso em função das recomendações atuais e utilização em estudos com objetivos e métodos semelhantes (Knox et al., 2019; Smart et al., 2010).

Na primeira ronda, o consenso foi estabelecido para as diferentes variáveis em função de 3 critérios (cumulativamente atingidos): média de pontuação na escala de *Likert* ≥ 4 ; mediana ≥ 4 ; e uma percentagem de consenso $\geq 60\%$ (percentagem de participantes que pontuaram “4” = importante e “5” = extremamente importante na Escala de *Likert*) (Diamond et al., 2014; Smart et al., 2010; Verburg et al., 2019). Na ronda 2, o consenso foi estabelecido de forma semelhante à ronda 1, com exceção da percentagem de consenso que passou a ter o limite inferior em 80%. Este critério foi superior ao recomendado e usualmente utilizado, de forma a fomentar que apenas um número restrito de variáveis fossem consideradas importantes e assim o futuro desenvolvimento de um instrumento/ sistema de registo sistemático em fisioterapia com real aplicabilidade prática (Diamond et al., 2014; Smart et al., 2010).

RESULTADOS

Participantes

Foram identificados e contactados 34 possíveis participantes no painel de *experts*, tendo sido todos recrutados para a primeira ronda. Apenas um convidado foi excluído por não preencher os critérios de inclusão como docente/coordenador. Destes 33, quatro não completaram o questionário da ronda 1, ficando com um total de 29 participantes.

A primeira ronda teve um tempo médio de resposta de 16 minutos e houve um participante que não terminou o questionário até ao fim. No entanto, as respostas foram contabilizadas até ao momento em que parou de responder. Na ronda 2, dois participantes do painel não responderam, obtendo-se 27 respostas finais (figura 2). Esta ronda teve um tempo médio de preenchimento de 7 minutos e houve um participante que não terminou o inquérito. Mais uma vez, as respostas foram contempladas até ao momento em que este respondeu.

O sumário das características sociodemográficas em relação à atividade profissional dominante do painel de *experts* está representado na tabela 2, destacando-se como grupo maioritário os *experts* clínicos, com cerca de 40% das respostas.

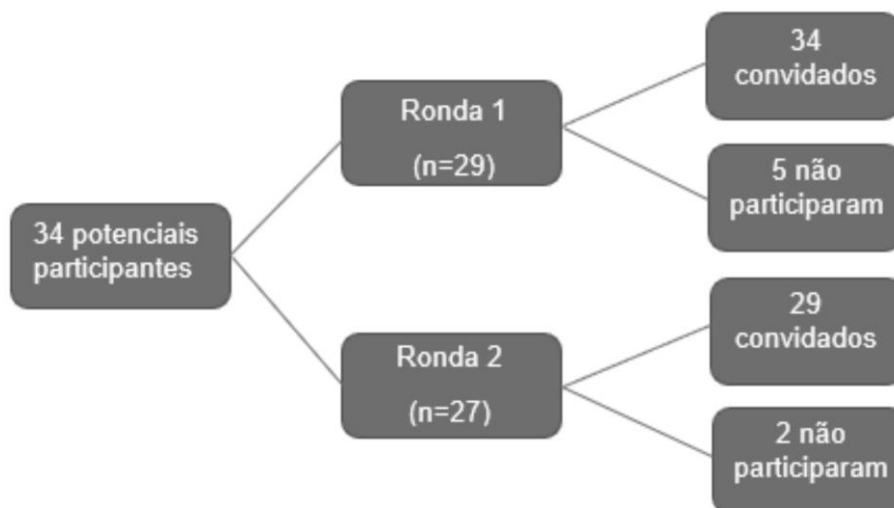
Tabela 3 - Caracterização do painel de experts

Atividade profissional dominante	n (%)	Idade (média)
Docente ou coordenador	5 (17%)	45,2
Expert clínico	11 (38%)	40,5
Utente	6 (20%)	32,7
Fisioterapeuta investigador	7 (24%)	39,6
	Sexo n (%)	Idade(média)
Total	Masculino 17 (59%) Feminino 12 (41%)	39,4

Após a análise da caracterização do painel de *experts* verificou-se também que apenas um participante tem como formação o ensino secundário (que corresponde a um utente com CME), existindo maior percentagem de *experts* com

mestrado (48%) seguindo-se doutorados (35%) e apenas 18% de licenciados. A média de idades dos participantes foi de 40 anos.

Figura 2 - Fluxograma



Ronda 1

Na primeira ronda, existiu uma lista inicial com 41 variáveis, divididas por seis domínios. Após o processo de análise estatística descrita anteriormente e aplicando todos os critérios de consenso estabelecidos para esta ronda, das 41 variáveis propostas inicialmente, passaram para a ronda seguinte 28 (68,3%) destas variáveis. Foram ainda adicionadas 4 variáveis propostas pelos participantes nesta ronda. Dentro destas variáveis destacam-se a “Atividade física” e a “Função e participação” como as que obtiveram maior nível de consenso. O coeficiente de concordância de Kendall obtido foi de 0,310 ($p \leq 0,001$), valor que segundo os valores de referência pode ser interpretado com consenso moderado (Schmidt, 1997).

Nas variáveis que não passaram para a ronda seguinte destacam-se os dias de ausência laboral, que atingiu uma percentagem de consenso superior a 60%, no entanto não atingiu os valores propostos para a média, apesar de estar muito próxima de 4.

Tabela 4 - Graduação das variáveis na ronda 1, por domínios

Domínio	Variável	Média	Mediana	% de consenso
Variáveis pessoais	Idade	4,5	5	82,76%
	Sexo	4,1	4	72,41%
	Peso e altura	4,1	4	75,86%
	Suporte social/familiar	3,8	4	65,52%
	Hábitos tabágicos e alcoólicos	3,7	4	58,62%
	Habilitações literárias	3,3	4	55,17%
	Zona de residência	2,8	3	24,14%
	Agregado familiar	2,7	3	24,14%
	Etnia	2,4	3	20,69%
Estado Civil	2,2	2	17,24%	
Variáveis ocupacionais	Tipo de trabalho	4,5	5	86,21%
	Grau de satisfação laboral	4	4	79,31%
	Stress ocupacional	4,2	4	79,31%
	Situação laboral	4,1	5	72,41%
	Dias de ausência laboral	3,9	4	72,41%
	Status socioeconómico	3,6	4	62,07%
	Seguro de saúde	3,2	3	37,93%
Variáveis do estado global de saúde	Nível de atividade física	4,7	5	100,00%
	Perceção global de saúde	4,4	5	93,10%
	Comorbilidades	4,5	5	93,10%
	Sono	4,3	5	86,21%
	Tempo passado sentado por dia	4,1	4	75,86%
Variáveis clínicas	Episódios anteriores de dor	4,4	4	92,86%
	Presença de dor constante	4,4	4,5*	92,86%
	Duração de sintomas	4,5	5	92,86%
	Irradiação de sintomas	4,4	5	89,29%
	Localização da dor	4,4	5	85,71%
	Evolução da dor ao longo do dia	4,1	4	78,57%
	Utilização de medicação para a dor	4,2	4	78,57%
	Cirurgias prévias	3,6	4	57,14%
	Tratamentos de fisioterapia prévios	3,7	4	53,57%
Exames realizados previamente	3,5	3	39,29%	
Variáveis funcionais	Função e Participação	4,8	5	100%
	Qualidade de vida	4,4	4,5*	92,86%
	Intensidade da dor	4,4	5	82,14%
Variáveis psicossociais	Sintomas de ansiedade e/ou depressão	4,6	5	89,29%
	Autoeficácia	4,6	5	89,29%
	Cinesiofobia	4,4	5	85,71%
	Expectativas sobre a recuperação	4,4	5	85,71%
	Estratégias de <i>coping</i>	4,3	4,5*	78,57%
	Catastrofização	4,2	4	75,00%

Legenda: cor cinzenta corresponde às variáveis que avançaram para a ronda seguinte; “*” a mediana não apresenta um número inteiro pela falta de respostas nas variáveis assinaladas

Os domínios das variáveis do estado global de saúde, funcionais e psicossociais tiveram uma percentagem de 100% das variáveis que passaram para a ronda seguinte; por outro lado nos domínios das variáveis clínicas, ocupacionais e pessoais foi onde houve mais variáveis a não serem consideradas como importantes, ou muito importantes. As percentagens de consenso variaram entre os 17% e os 100%, e as pontuações médias entre 2 e 5. Os piores resultados encontraram-se todos no domínio de variáveis pessoais, destacando-se o estado civil e a etnia.

Para além destas variáveis foram propostas 12 novas variáveis a incluir na ronda seguinte. Após análise e agregação das sugestões, foram adicionadas quatro novas variáveis na ronda seguinte. Todas as outras encontravam-se repetidas e/ou não tinham suporte científico para serem adicionadas. Houve também uma sugestão de alteração de semântica na variável “Tempo passado sentado” para “Comportamento sedentário” que não foi considerada por não existir suporte científico para esta alteração. Foi identificado também a possibilidade da variável “Intensidade de dor” passar para o domínio das variáveis clínicas, que foi aceite.

Os seguintes gráficos (figura 3, 4, 5 e 6) foram apresentados ao painel de *experts* no início da segunda ronda, de forma a saberem que variáveis avançaram e o porquê de terem avançado, bem como os dados das que foram excluídas.

Figura 3 - Média das variáveis que passaram à ronda seguinte

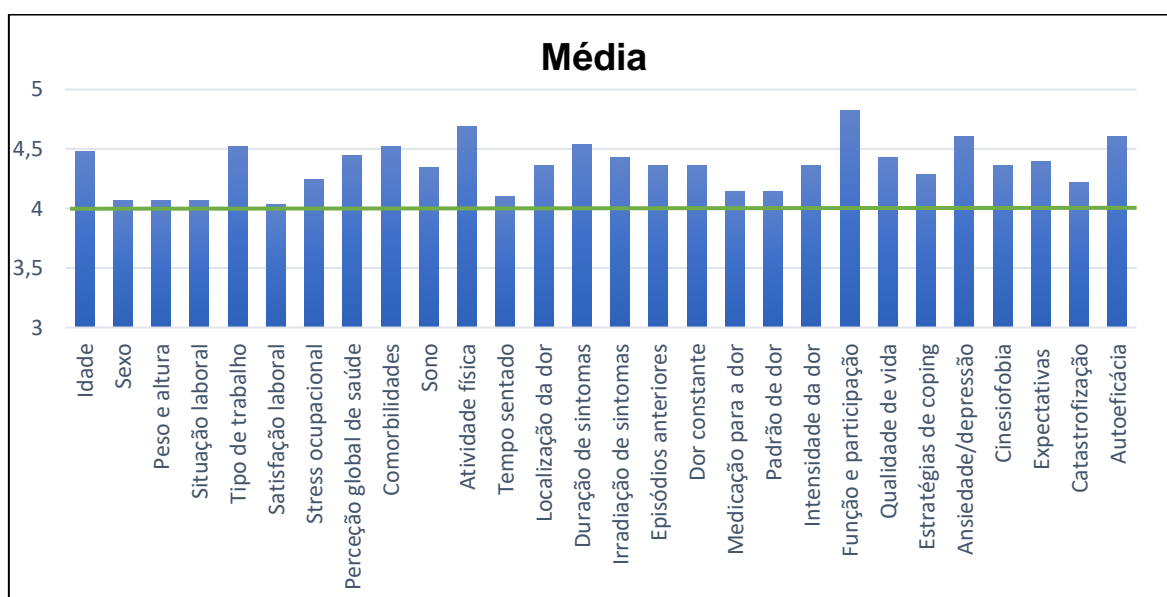


Figura 4 - Percentagem de consenso das variáveis que passaram à ronda seguinte

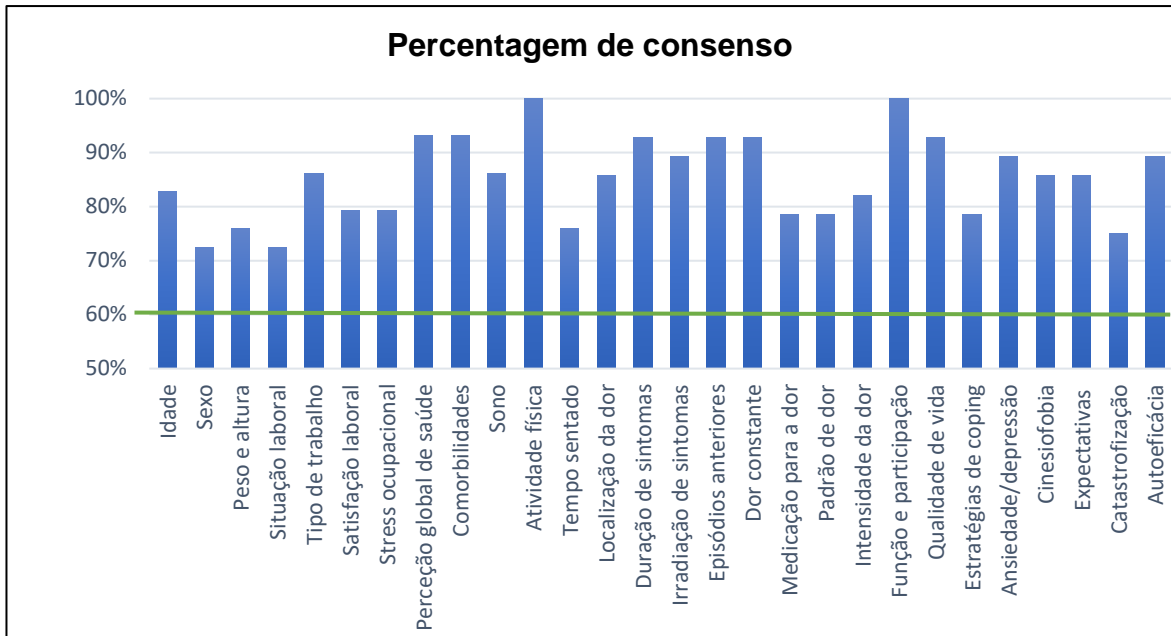


Figura 5 - Média das variáveis que não passaram à ronda seguinte

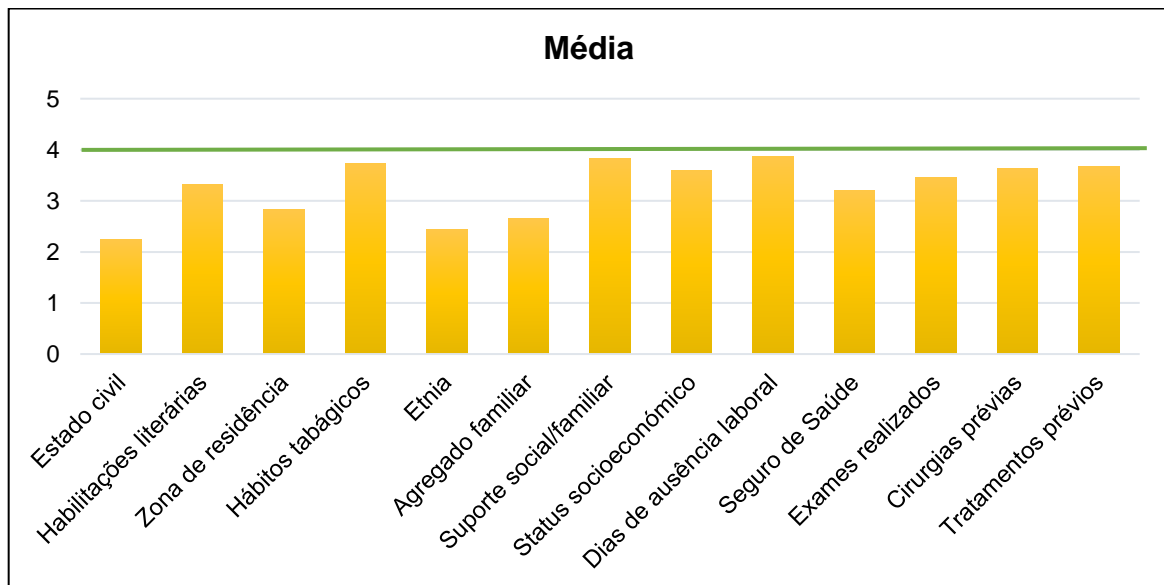
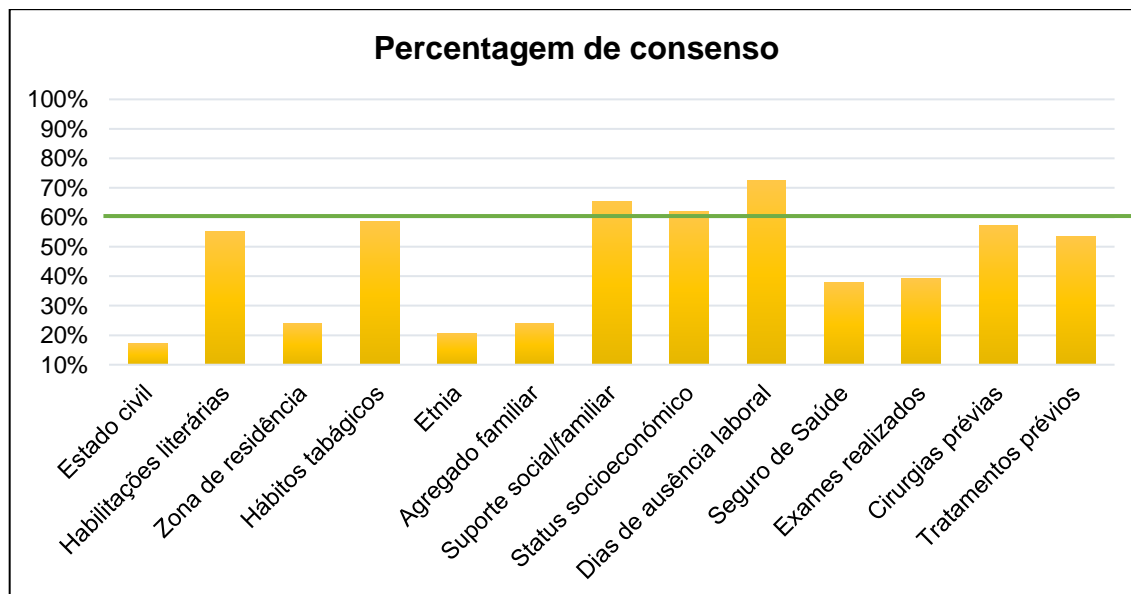


Figura 6 - Percentagem de consenso das variáveis que não passaram à ronda seguinte



Ronda 2

Na segunda e última ronda, foram convidados 29 participantes, no entanto dois não completaram o questionário obtendo-se 27 respostas finais. Nesta ronda o painel de *experts* tinha o objetivo de graduar as 32 variáveis que obtiveram consenso na ronda 1.

Os valores de média variaram entre 3,1 e 4,7, os de mediana entre 3 e 5 e a percentagem de consenso entre 33% e 96%. No entanto, apenas a variável “Alimentação equilibrada” atingiu valores abaixo dos 50% e apenas duas mais de 90% (“Nível de atividade física” e “Função e participação”).

Após o processo de análise estatística descrita anteriormente e aplicando todos os critérios de consenso estabelecidos para esta ronda, das 32 variáveis propostas no início da ronda, foram identificados 18 (56%) variáveis que cumpriram os critérios de consenso definidos (tabela 4). O coeficiente de concordância de Kendall obtido foi de 0,113 ($p \leq 0,001$), valor que segundo os valores de referência representa um consenso pouco satisfatório (Schmidt, 1997).

Tabela 5 - Graduação das variáveis na ronda 2, por domínios

Domínio	Variável	Média	Mediana	% de consenso
Variáveis pessoais	Idade	4,4	5	81%
	Sexo	4,1	4	78%
	Peso e altura	4,1	4	74%
	Alimentação equilibrada***	3,1	3	33%
Variáveis ocupacionais	Tipo de trabalho	4,4	5	81%
	Stress ocupacional	4,1	4	78%
	Grau de satisfação laboral	3,9	4	63%
	Situação laboral	3,6	4	56%
Variáveis do estado global de saúde	Nível de atividade física	4,7	5	96%
	Comorbilidades	4,4	5	89%
	Sono	4,1	4	81%
	Tempo passado sentado por dia	4,2	4	81%
	Perceção global de saúde	4,2	5	78%
Variáveis clínicas	Duração de sintomas	4,4	5	89%
	Intensidade da dor**	4,3	5	85%
	Irradiação de sintomas	4,3	4	81%
	Presença de dor constante	4,3	5	81%
	Tipo de dor***	4,1	4	81%
	Episódios anteriores de dor	4,0	4	78%
	Utilização de medicação para a dor atual	4,1	4	78%
	Padrão da evolução da dor ao longo do dia	4,0	4	70%
	Localização da dor	4,1	5	70%
	Fatores de alívio e agravamento***	4,2	5	70%
Variáveis funcionais	Função e Participação	4,7	5	93%
	Qualidade de vida	4,1	4	81%
	Hobbies***	3,5	4	63%
Variáveis psicossociais	Sintomas de ansiedade e/ou depressão	4,4	5	89%
	Expectativas sobre a recuperação	4,3	5	85%
	Autoeficácia	4,3	5	85%
	Cinesiofobia	4,4	5	81%
	Estratégias de <i>coping</i>	4,3	5	81%
	Catastrofização	4,2	4,5*	77%

Legenda: cor cinzenta corresponde às variáveis que avançaram para a ronda seguinte; “*” – a mediana não apresenta um número inteiro pela falta de respostas nas variáveis assinaladas; “***” – a variável passou para outro domínio; “****” – variável adicionada por sugestão do painel de *experts*.

De todas as variáveis que cumpriram os critérios de consenso previamente estabelecidos destacam-se oito variáveis que atingiram mais de 85% e 10 que se situam entre os 80% e os 84% (figura 7 e 8).

Figura 7 - Lista de variáveis com uma percentagem de consenso maior que 85%

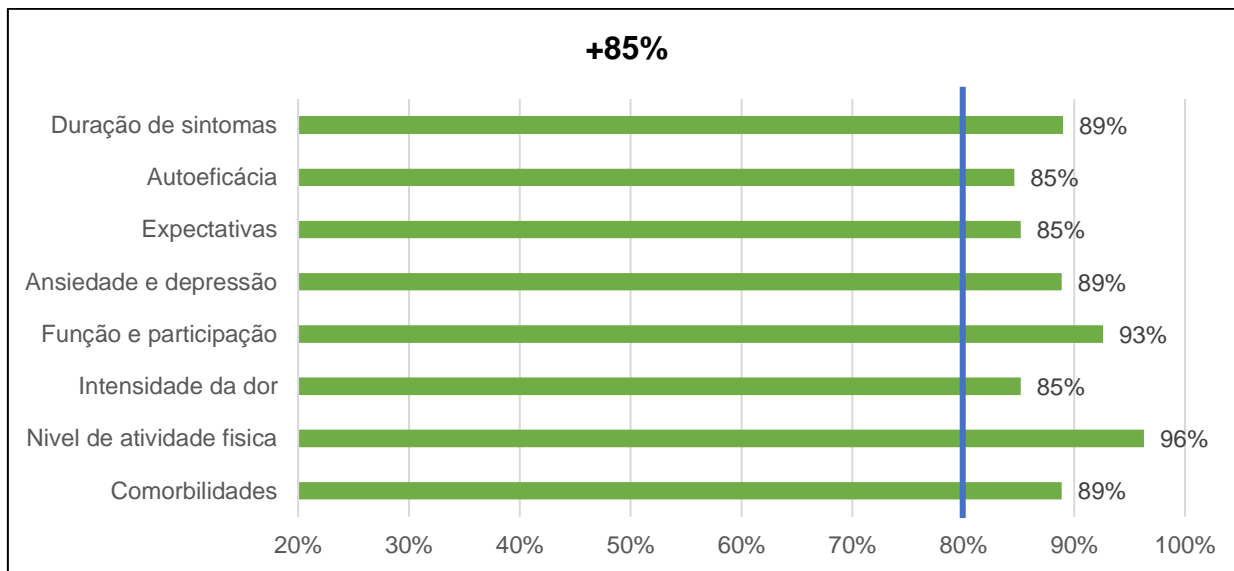
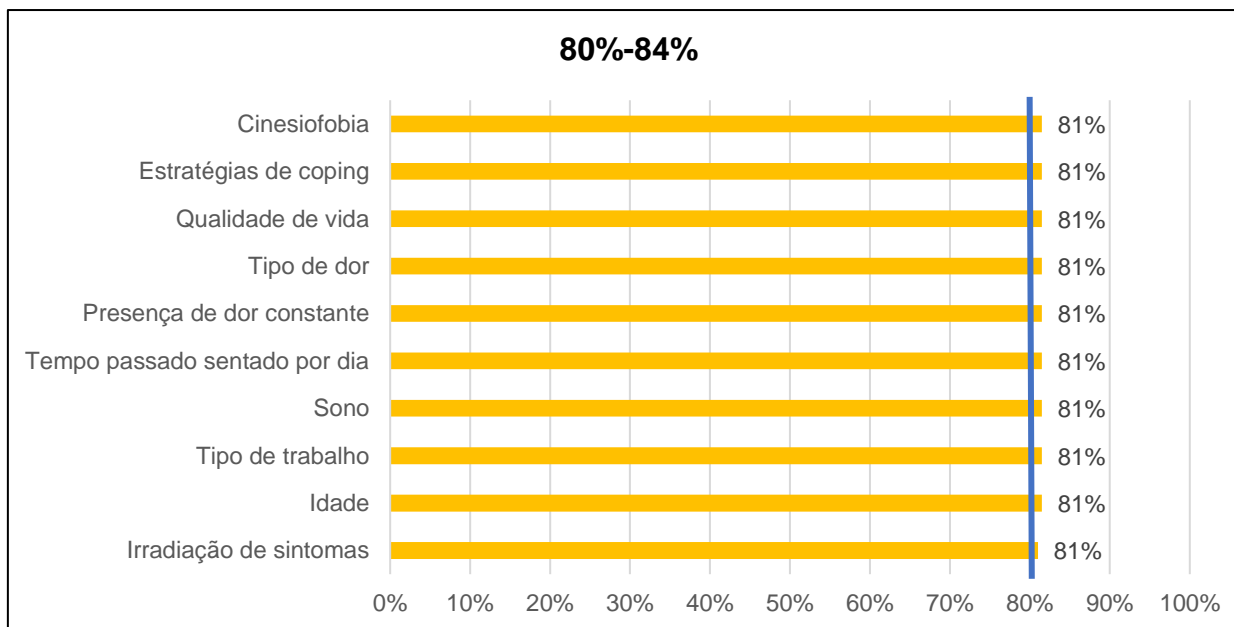


Figura 8 - Lista de variáveis com uma percentagem de consenso entre os 80% e os 84%



DISCUSSÃO

O presente estudo visou a priorização de variáveis clínicas e sociodemográficas a considerar num primeiro momento de contacto com utentes com CME que procuram os cuidados de fisioterapia. A partir de 43 variáveis identificadas na literatura atual e subdivididas em seis domínios, obteve-se um grupo restrito de 18 variáveis que cumpriram com os critérios pré-estabelecidos para obtenção de consenso. Dentro destas, as que obtiveram maior unanimidade foram o nível de atividade física, função e participação, comorbilidades, duração de sintomas, sintomas de ansiedade e/ ou depressão, expectativas sobre a recuperação, autoeficácia e intensidade de dor.

Todas as variáveis da lista inicial são importantes, mas o facto de serem muitas, torna a sua medição pouco provável em contexto clínico, sendo esta uma das principais barreiras à implementação de um registo clínico sistemático. O presente estudo visou ultrapassar esta barreira reduzindo o número de variáveis através de um processo de análise e consenso. Para tal, integrou participantes com diferentes posições e funções na FCME em Portugal, nomeadamente docentes, educadores, mestres e experts clínicos em FCME e utentes com CME. Há a destacar os critérios de inclusão necessariamente restritos que procuraram um equilíbrio entre a diversidade de perspetivas e a qualidade quer académica quer clínica do painel. A integração da visão e opinião dos utentes é amplamente recomendada mas muito rara, tendo sido incluída em apenas alguns dos estudos anteriores com idênticos objetivos (Potter et al., 2003; Veugelers et al., 2020). Contudo, é conhecida a necessidade e importância de reforçar o papel do utente na prática clínica, nomeadamente no reporte e avaliação do impacto das diversas condições de saúde (Bastemeijer et al., 2021).

Em linha com a heterogeneidade necessária para este tipo de objetivos/ estudos, o painel permitiu atingir um número de participantes adequado para o tipo de estudo e para o método aplicado (Nasa et al., 2021). Comparando com investigações semelhantes na área, esta variabilidade e número de participantes tem igualmente existido (Mistry et al., 2020; Verburg et al., 2019; von Piekartz et al., 2020), o que revela uma preocupação crescente da investigação com estes critérios

de qualidade e o alinhamento do presente estudo com os mesmos. Apesar de não haver consenso relativo ao número ideal de participantes no painel de especialistas, uma revisão sistemática sobre estudos Delphi concluiu que a maioria destas investigações tinham entre 10 a 18 participantes na ronda final (Diamond et al., 2014). Este estudo contou com 34 participantes, com um número de respostas na ronda final de 27 especialistas, valor acima do intervalo reportado pela revisão sistemática supramencionada e em linha com o intervalo sugerido para obter conclusões válidas através do método Delphi (valores entre 30 a 50 participantes) (Nasa et al., 2021).

Para além da adequada amostra, houve também consistência durante o estudo quanto à participação ao longo das rondas, o que também reforça a validade dos resultados obtidos (Sumsion, 1998). A taxa de resposta foi de 88% (n=29) na ronda 1 e 93% (n=27) na ronda 2. O facto da ronda 1 já dispor de questões estruturadas e não ser necessário o painel de *experts* a elaborar uma lista de variáveis a partir do zero pode ter facilitado a adesão e a percentagem de respostas tão alta, comparando com outros estudos que aplicaram o mesmo método dentro da área da saúde (Diamond et al., 2014; Knox et al., 2019; Veugelers et al., 2020; von Piekartz et al., 2020). O facto de terem sido enviados lembretes, de forma consistente aos 5 e aos 10 dias, aos participantes pode ajudar a explicar a baixa taxa de desistência de uma ronda para a outra.

Acerca da percentagem de consenso, revisões sistemáticas recentes apontam para um mínimo de 70-75%, não existindo porém acordo sobre estes dados (Veugelers et al., 2020). Neste estudo, foi estabelecido consenso superior a 80%, de forma a chegar a um número restrito de variáveis, obtendo no final 18 variáveis - 8 das quais com percentagem maior que 85%. As recomendações atuais sugerem que o número de variáveis deve ser baixo de forma a fomentar a sua aplicabilidade em contexto real, no entanto não está estabelecido nenhum intervalo específico (Moore et al., 2012). Comparando com outros estudos de consenso sobre variáveis a aplicar na prática clínica, o número de variáveis varia entre 7 (Burgess et al., 2021) e 65 (Fawkes et al., 2014). As 18 variáveis identificadas neste estudo podem ser encaradas como excessivas considerando que se trata apenas de variáveis clínicas e sociodemográficas. Contudo, as 8 que assumiram um valor

de consenso maior, parecem ser insuficientes para caracterizar a população que recorre aos serviços de fisioterapia, nomeadamente considerando a complexidade inerente e número de fatores associados às CME. Neste sentido, torna-se importante considerar as 18 variáveis e os vários domínios propostos, de forma a obter-se dados relevantes e concisos, mas com capacidade de caracterizar os utentes na sua plenitude.

O coeficiente de concordância de Kendall, apesar de significativo, sofreu uma ligeira alteração entre as duas rondas. Na primeira ronda apresentou valores entre 0,300 e 0,310 sugerindo um grau de consenso moderado. Na ronda seguinte os valores variaram entre 0,100 e 0,113 sugerindo um grau de consenso pouco satisfatório (Schmidt, 1997). Este aspeto parece indicar uma redução na concordância entre o painel, o que pode ser justificado pelas variáveis adicionadas por sugestão dos especialistas na ronda 1 e que apresentaram respostas bastante disparees na ronda 2. Que seja do nosso conhecimento, até à data não existem estudos sobre o mesmo tema que tenham utilizado o coeficiente de concordância, por isso é difícil comparar com estudos semelhantes. No entanto, comparando com estudos Delphi na área da saúde e especificamente na área da fisioterapia, o valor da segunda ronda apresenta-se abaixo do desejável (Mistry et al., 2020; Smart et al., 2010) .

As variáveis em maior destaque são o nível de atividade física e a função e participação, com 96% e 93% de consenso, respetivamente, e uma média de 4,7 (numa escala de *Likert* de 1 a 5), posicionando-se como as duas variáveis que o painel de especialistas considerou mais importantes de aplicar. Comparando com estudos de consenso semelhantes, as variáveis que atingem em comum um nível muito alto de consenso são: comorbilidades, duração de sintomas, expectativas sobre a recuperação, função e participação e autoeficácia (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2021; Evensen et al., 2018).

As variáveis que alcançaram mais de 80% de consenso dentro do painel de especialistas foram: irradiação de sintomas, idade, tipo de trabalho, sono, tempo passado sentado por dia, presença de dor constante, tipo de dor, qualidade de vida, estratégias de *coping* e cinesiofobia. Comparando novamente com investigações

semelhantes, é possível encontrar dentro deste grupo, variáveis que obtiveram uma percentagem de consenso muito alta noutros estudos, como a idade, tipo de trabalho, irradiação de sintomas e qualidade de vida (Artus et al., 2017; Burgess et al., 2021; Evensen et al., 2018). Adicionalmente, outras variáveis como a cinesiofobia, estratégias de *coping*, presença de dor constante e tempo passado sentado por dia apresentam valores de média acima de 4,2 neste estudo. Este facto parece demonstrar a grande importância dada pelos *experts* a estas variáveis, que podem servir como complemento às que atingiram um nível muito alto de consenso (mais de 85%). Ainda em relação a estudos semelhantes, há a destacar as variáveis que obtiveram valores muito altos de unanimidade, principalmente os relacionados com o domínio ocupacional, como as faltas ao trabalho e a duração do absentismo causadas por incapacidade, não foram consideradas prioritárias neste estudo (Burgess et al., 2021). As razões para tal não são completamente conhecidas, mas o facto de os critérios de consenso serem elevados e do painel de *experts* estar ciente que o objetivo do estudo era atingir consenso sobre um número reduzido de variáveis podem ajudar a explicar a exclusão da lista final de variáveis relacionadas com o domínio ocupacional (entre outras como o sexo). Contudo, é importante reforçar que as 41 variáveis inicialmente propostas já tinham um fundamento clínico e científico, pelo que o presente estudo exigiu dos participantes uma tomada de decisão com algum grau de complexidade.

Atualmente parece existir consenso, que aponta para que as CME de origem não específica partilham mecanismos, curso clínico, características e fatores de prognósticos pelo que, apesar das especificidades inerentes a cada condição, é atualmente recomendada a não diferenciação entre CME, pelo menos num conjunto de variáveis fundamentais (Budtz et al., 2020; Burgess et al., 2021; De Vos Andersen et al., 2017). No entanto, a utilização de variáveis específicas de condição (Ex: dor lombar ou osteoartrite do joelho) podem ser igualmente uteis para caracterizar e apoiar a tomada de decisão dos fisioterapeutas com prática em CME. Assim, futuros estudos podem debruçar-se acerca da necessidade de adicionar e criar consenso acerca de variáveis específicas de condição que sejam determinantes ser consideradas a par de variáveis genéricas/ transversais sobre as quais este estudo de focou.

O presente estudo focou-se principalmente nas variáveis clínicas e sociodemográficas para caracterizar e informar a prática clínica dos fisioterapeutas, no entanto, segundo a literatura, é fortemente sugerida a utilização de um instrumento que seja genérico e prático, mas que ao mesmo tempo seja aplicado nas várias CME, como é o caso do questionário *Musculoskeletal Health Questionnaire* (MSK-HQ) (Burgess et al., 2021; Hill et al., 2016). Assim, futuros estudos podem também encontrar consenso sobre quais as variáveis de resultados da fisioterapia a aplicar em utentes com CME.

Limitações e Pontos fortes

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações e pontos fortes. O valor do coeficiente de concordância de Kendall na ronda 2 sugere um grau de consenso pouco satisfatório. Tal parece demonstrar uma redução na concordância, por parte do painel, de uma ronda para a outra, o que pode ser encarado como uma limitação a considerar na interpretação dos resultados deste estudo.

O método de Delphi é uma abordagem amplamente utilizada e reconhecida para obter a opinião de especialistas sobre determinado tópico. Estes são baseados em análises qualitativas e não apresentam requisitos tão apertados para a amostra como um estudo mais robusto metodologicamente. Portanto, nos estudos Delphi os participantes podem não ser realmente representativos da população-alvo, dado a sua diminuta dimensão da amostra (Cook et al., 2005; Knox et al., 2019). Apesar de tal poder ser encarado como uma limitação, foi importante recorrer a um painel amplo com diferentes perfis de forma a melhorar a validade dos resultados do estudo realizado (Flostrand et al., 2020; Hasson et al., 2000; Jünger et al., 2017; Nasa et al., 2021). O painel convidado dispunha de uma variedade bastante significativa, quer demográfica, quer no seu papel na FCME, dando voz também aos utentes. Acerca deste último aspeto, tal vem responder a uma crescente recomendação para a inclusão de utentes em estudos de consenso e ao papel central que a perspetiva dos utentes e a utilização de instrumentos, quer

seja de caracterização como de avaliação de resultados, reportados pelos próprios apresenta, atualmente no contexto da saúde (Wijma et al., 2017).

O facto do presente estudo ter seguido métodos recomendados pela literatura e em linha com o objetivo do estudo, o baixo número de desistências existentes e a garantia do anonimato das respostas que libertou os participantes de qualquer pressão sobre as suas afirmações e sugestões podem ser considerados pontos fortes adicionais deste estudo.

Perspetivas futuras

De forma a implementar um registo padronizado na prática clínica diária dos fisioterapeutas, o desenvolvimento de uma plataforma de registo eletrónica visando recolha de dados é uma solução cada vez mais recomendada (E. Bryant et al., 2016; Moore et al., 2012; Verburg et al., 2019). Esta plataforma pode ser acessível a todos os fisioterapeutas que a queiram utilizar. Os resultados obtidos através da utilização da plataforma, devem ser partilhados com os utilizadores, de modo a reforçar a importância dos dados recolhidos (Moore et al., 2012). Para tornar possível aplicar os resultados deste estudo na realidade dos cuidados de saúde prestados pelos fisioterapeutas, é necessário que as variáveis identificadas sejam mensuradas através de questões/ afirmações ou instrumentos simples e de fácil preenchimento por parte dos utentes (Burgess et al., 2021; Evensen et al., 2018). Assim, o presente trabalho de investigação representa o primeiro passo, com dados adaptados à realidade portuguesa de que variáveis devem ser medidas, funcionando como uma base promissora para desenvolvimentos futuros em estudos acerca de “como estas variáveis devem ser medidas” e de como podem ser integradas num sistema de registo eletrónico e acessível a todos os fisioterapeutas.

É importante que esta plataforma não aumente a carga de trabalho dos fisioterapeutas, especificamente o tempo extra que a recolha de dados possa implicar (E. Bryant et al., 2016). Este aspeto reforça a utilidade deste estudo, pois é necessário conhecer-se as variáveis mais importantes e que reúnam maior consenso para depois aplicar num instrumento/ sistema de registo sistemático em

fisioterapia para utentes com CME que seja passível de ser implementado em contexto real.

CONCLUSÃO

A partir de um processo de consenso, envolvendo fisioterapeutas (experts, docentes e educadores clínicos) e utentes com CME foram identificadas e priorizadas as variáveis mais importantes a recolher num momento inicial de contacto com a fisioterapia, de forma a, no futuro, integrar num instrumento/ sistema de registo sistemático em fisioterapia para utentes com condições de dor de origem ME. Após o processo de análise, obteve-se um grupo restrito de 18 variáveis que cumpriram com os critérios pré-estabelecidos para obtenção de consenso. As variáveis clínicas e sociodemográficas que obtiveram maior unanimidade foram o nível de atividade física, função e participação, comorbilidades, duração de sintomas, sintomas de ansiedade e/ ou depressão, expectativas sobre a recuperação, autoeficácia e intensidade de dor.

Do nosso conhecimento, este é o primeiro projeto de identificação das variáveis a aplicar por utentes com CME em Portugal. A aplicabilidade destas variáveis num sistema de registo partilhado profissionalmente pode ter um importante impacto profissional, nomeadamente através do apoio á tomada de decisão, coletiva e individual, devidamente informada em dados de contexto real, da melhoria na comunicação entre profissionais de saúde, na realização de investigação em contexto real, na antecipação das necessidades de formação dos atuais e futuros fisioterapeutas ou sendo um primeiro passo para a objetiva demonstração do valor em saúde dos cuidados da fisioterapia em utentes com CME.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasdahl, L., Granviken, F., Meisingset, I., Woodhouse, A., Evensen, K. A. I., & Vasseljen, O. (2021). Recovery trajectories in common musculoskeletal complaints by diagnosis contra prognostic phenotypes. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04332-3>
- Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., Adekanmbi, V., Adeoye, A. M., Adetokunboh, O. O., ... Amini, S. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Artus, M., Campbell, P., Mallen, C. D., Dunn, K. M., & Van Der Windt, D. A. W. (2017). Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: A systematic review. *BMJ Open*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012901>
- Bastemeijer, C. M., van Ewijk, J. P., Hazelzet, J. A., & Voogt, L. P. (2021). Patient values in physiotherapy practice, a qualitative study. *Physiotherapy Research International*, 26(1). <https://doi.org/10.1002/pri.1877>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., & Canhão, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open*, 2(1). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Bryant, E. C., Moore, A., Olivier, G., S, M., E, D., S, L., P, S., K, W., E, L., P, D., Centre for Health Research, University of Brighton, Eastbourne, U. K., School of Pharmacy and Biomolecular Sciences, University of Brighton, B. U. K., &

- Physio First Northampton, U. K. (2016). *The use of standardised data collection in private physiotherapy practice to provide information for clinicians, clinics and private practice organizations.*
- Bryant, E., Murtagh, S., Olivier, G., Lewis, S., Winrow, K., Lewis, E., & Moore, A. (2016). Impact of using an online standardised data collection system in private physiotherapy practices in the UK: practitioners' views. *Physiotherapy*, *102*, e111–e112. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.10.120>
- Budtz, C. R., Mose, S., & Christiansen, D. H. (2020). Socio-demographic, clinical and psychological predictors of healthcare utilization among patients with musculoskeletal disorders: A prospective cohort study. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05100-0>
- Burgess, R., Lewis, M., McRobert, C., & Hill, J. C. (2021). Developing a core outcome set for community and primary care musculoskeletal services: A consensus approach. *Musculoskeletal Science and Practice*, *55*(May), 102415. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102415>
- Castellini, G., Corbetta, D., Cecchetto, S., & Gianola, S. (2020). Twenty-five years after the introduction of Evidence-based Medicine: knowledge, use, attitudes and barriers among physiotherapists in Italy - a cross-sectional study. *BMJ Open*, *10*(6), e037133. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037133>
- Churruca, K., Pomare, C., Ellis, F. L. A., Long, J. C., Suzanna, F., Mph, B. H., Development, I., Mhm, L. E. D. M., Development, S., Relations, I., Mhsm, C. J. L., Systems, Q. I., & Braithwaite, J. (2021). *reported outcome measures (PROMs) : A review of generic and condition- - specific measures and a discussion of trends and issues. February, 1015–1024.* <https://doi.org/10.1111/hex.13254>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, *396*(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)

- Cook, C., Brismée, J.-M., Fleming, R., & Sizer Jr, P. (2005). Identifiers suggestive of clinical cervical spine instability: a Delphi study of physical therapists. *Physical Therapy, 85*(9), 895–906.
- De Vos Andersen, N. B., Kent, P., Hjort, J., & Christiansen, D. H. (2017). Clinical course and prognosis of musculoskeletal pain in patients referred for physiotherapy: does pain site matter? *BMC Musculoskeletal Disorders, 18*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1487-3>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology, 67*(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Dressler, A. M., Gillman, A. G., & Wasan, A. D. (2019). A narrative review of data collection and analysis guidelines for comparative effectiveness research in chronic pain using patient-reported outcomes and electronic health records. *Journal of Pain Research, 12*, 491–500. <https://doi.org/10.2147/JPR.S184023>
- Evensen, K. A. I., Robinson, H. S., Meisingset, I., Woodhouse, A., Thielemann, M., Bjorbækmo, W. S., Myhre, G., Hansen, A. E., Vasseljen, O., & Vøllestad, N. K. (2018). Characteristics, course and outcome of patients receiving physiotherapy in primary health care in Norway: design of a longitudinal observational project. *BMC Health Services Research, 18*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3729-y>
- Fawkes, C. A., Leach, C. M. J., Mathias, S., & Moore, A. P. (2014). Development of a data collection tool to profile osteopathic practice: Use of a nominal group technique to enhance clinician involvement. *Manual Therapy, 19*(2), 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.08.006>
- Flostrand, A., Pitt, L., & Bridson, S. (2020). The Delphi technique in forecasting– A 42-year bibliographic analysis (1975–2017). *Technological Forecasting and Social Change, 150*(September 2019), 119773. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.119773>

- Gargon, E., Gorst, S. L., & Williamson, P. R. (2019). Choosing important health outcomes for comparative effectiveness research: 5th annual update to a systematic review of core outcome sets for research. *PLoS ONE*, *14*(12), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225980>
- Gomes, L. (2018). *Prioridades de Investigação em Fisioterapia músculo-esquelética em Portugal utilizando o método modificado de Delphi*. <http://hdl.handle.net/10400.26/25577>
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Hill, J. C., Kang, S., Benedetto, E., Myers, H., Blackburn, S., Smith, S., Dunn, K. M., Hay, E., Rees, J., Beard, D., Glyn-jones, S., Barker, K., Ellis, B., Fitzpatrick, R., & Price, A. (2016). *Development and initial cohort validation of the Arthritis Research UK Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) for use across musculoskeletal care pathways*. 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012331>
- Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong'wen, O. M., Miciak, M., & Roberts, L. (2022). Patient-centered care in musculoskeletal practice: Key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskeletal Science and Practice*, *57*(August 2021), 102434. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102434>
- Jesus, T. S., Gianola, S., Castellini, G., Colquhoun, H., & Brooks, D. (2020). Evolving trends in physiotherapy research publications between 1995 and 2015. *Physiotherapy Canada*, *72*(2), 122–131. <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0065>
- Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, *31*(8), 684–706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>
- Knox, G. M., Snodgrass, S. J., Southgate, E., & Rivett, D. A. (2019). A Delphi study to establish consensus on an educational package of musculoskeletal clinical

- prediction rules for physiotherapy clinical educators. *Musculoskeletal Science and Practice*, 44(August), 102053. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.102053>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79–86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- Mistry, J., Falla, D., Noblet, T., Heneghan, N. R., & Rushton, A. (2020). Clinical indicators to identify neuropathic pain in low back related leg pain: A modified Delphi study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03600-y>
- Moore, A. P., Bryant, E. C., & Olivier, G. W. J. (2012). Development and use of standardised data collection tools to support and inform musculoskeletal practice. *Manual Therapy*, 17(6), 489–496. <https://doi.org/10.1016/j.math.2012.07.008>
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World Journal of Methodology*, 11(4), 116–129. <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>
- Oostendorp, R. A. B., Elvers, H., van Trijffel, E., Rutten, G. M., Scholten-Peeters, G. G. M., De Koning, M., Laekeman, M., Nijs, J., Roussel, N., & Samwel, H. (2022). Improved quality of physiotherapy care in patients with Whiplash-Associated Disorders: Results based on 16 years of routinely collected data. *Frontiers in Pain Research*, 3(c). <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.929385>
- Organization, W. H. (2021). *Musculoskeletal conditions*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Organization, W. H. (2022). *Musculoskeletal health*.
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(3), 195–202. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60239-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60239-7)

- Rethorn, Z. D., Cook, C., & Reneker, J. C. (2019). Social determinants of health: If you aren't measuring them, you aren't seeing the big picture. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 49(12), 872–874. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0613>
- Schmidt, R. C. (1997). Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decision Sciences*, 28(3), 763–774. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1997.tb01330.x>
- Simões, J. de A. G. F. A. I. F., Hernández-Quevedo, C., & OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). Portugal: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. *Health Systems in Transition*, 30(9), 1–184. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_pt_english.pdf%0Ahttps://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-842723-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547%0Ahttps://www
- Smart, K. M., Blake, C., Staines, A., & Doody, C. (2010). Clinical indicators of “nociceptive”, “peripheral neuropathic” and “central” mechanisms of musculoskeletal pain. A Delphi survey of expert clinicians. *Manual Therapy*, 15(1), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.07.005>
- Storheim, Kjersti, J.-A. Z. (2014). Musculoskeletal disorders and the Global Burden of Disease study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(6).
- Sumsion, T. (1998). The Delphi Technique: An Adaptive Research Tool. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 153–156. <https://doi.org/10.1177/030802269806100403>
- Swinkels, R. A. H. M., Van Peppen, R. P. S., Wittink, H., Custers, J. W. H., & Beurskens, A. J. H. M. (2011). Current use and barriers and facilitators for implementation of standardised measures in physical therapy in the Netherlands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(Figure 1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-106>
- Thoomes, E., Thoomes-De Graaf, M., Cleland, J., Gallina, A., & Falla, D. (2021).

- Timing of evidence-based non-surgical interventions as part of multimodal treatment guidelines for the management of cervical radiculopathy: A Delphi study protocol. *BMJ Open*, 11(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043021>
- van Trijffel, E., A.B. Oostendorp, R., & Elvers, J. W. H. (2019). Routinely collected data as real-world evidence for physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(9), 805–809. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1615678>
- Verburg, A. C., van Dulmen, S. A., Kiers, H., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & van der Wees, P. J. (2019). Development of a standard set of outcome measures for non-specific low back pain in Dutch primary care physiotherapy practices: a Delphi study. *European Spine Journal*, 28(7), 1550–1564. <https://doi.org/10.1007/s00586-019-05962-x>
- Veugelers, R., Gaakeer, M. I., Patka, P., & Huijsman, R. (2020). Improving design choices in Delphi studies in medicine: The case of an exemplary physician multi-round panel study with 100% response. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01029-4>
- Vital, E., Santo, T., Silva, A. L., Almeida, P., Martins, D., Jorge, P., Casaca, A., Barbosa, P., Costa, C., Tomás, D., Saramago, A., Santos, A., Sá, C., Marques, V., Rosado, M., Jardim, M., Pires, D., Morta, H., Graça, M., ... Pereira, P. (2018). Registo, logo existo! *APFisio*, 1–89. http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/RLE__2018_008_31__Registo_logo_existo.pdf
- von Piekartz, H., Schwiddessen, J., Reineke, L., Armijo-Olivio, S., Bevilaqua-Grossi, D., Biasotto Gonzalez, D. A., Carvalho, G., Chaput, E., Cox, E., Fernández-de-las-Peñas, C., Gadotti, I. C., Gil Martínez, A., Gross, A., Hall, T., Hoffmann, M., Julsvoll, E. H., Karegeannes, M., La Touche, R., Mannheimer, J., ... Ballenberger, N. (2020). International consensus on the most useful assessments used by physical therapists to evaluate patients with temporomandibular disorders: A Delphi study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 47(6), 685–702. <https://doi.org/10.1111/joor.12959>
- Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J., & Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in

physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(11), 825–840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>

Zadro, J., O’Keeffe, M., & Maher, C. (2019). Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032329>

APÊNDICES

Apêndice A - Lista de Variáveis Inicial	ii
Apêndice B – Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica.....	iv
Apêndice C – Carta explicativa do estudo.....	v
Apêndice D - Consentimento informado para participantes	x
Apêndice E – Resultados do coeficiente de Kendall	xi
Apêndice F - Parecer da Comissão Especializada de Ética em Investigação (CEEI)	xii

Apêndice A - Lista de Variáveis Inicial

Fatores Demográfica e Socioeconómicos
Domínio Pessoal
Idade
Altura (cm)
Peso (kg)
Sexo
Estado civil
Habilitações literárias
Zona de residência
Etnia
Agregado familiar
Suporte social/familiar
Hábitos tabágicos e alcoólicos
Domínio Ocupacional
<i>Status</i> socioeconómico
Situação Laboral
Tipo de trabalho
Grau de satisfação laboral
Dias de ausência laboral
Stress ocupacional
Seguro de saúde
Domínio do Estado Global de Saúde
Perceção global de saúde
Comorbilidades
Sono
Níveis de Atividade Física
Tempo passado sentado por dia
Fatores Clínicos
Domínio de Variáveis Clínicas
Localização da dor
Duração de sintomas
Medicação para a dor
Episódios anteriores de dor
Irradiação de sintomas

Presença de dor constante
Padrão da evolução da dor
Exames realizados previamente
Cirurgias prévias
Tratamentos de fisioterapia prévios
Domínio Funcional
Intensidade da dor
Função e participação
Qualidade de vida
Variáveis Psicossociais
Domínio Psicossocial
Estratégias de <i>Coping</i>
Sintomas de ansiedade/depressão
Expectativas sobre a recuperação
Autoeficácia
Catastrofização
Cinesiofobia

Apêndice B – Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica.

**FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E
PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DO PAINEL DE *EXPERTS***

1. Sexo: Feminino ___ Masculino ___ Não específico ___

2. Idade: _____

3. Formação académica:

___ Sem escolaridade

___ Básico - 1º ciclo

___ Básico - 2º ciclo

___ Básico - 3º ciclo

___ Secundário

___ Licenciatura

___ Pós-Graduação

___ Mestrado

___ Doutoramento

4. Atividade Profissional dominante:

___ Expert clínico

___ Fisioterapeuta investigador

___ Docente ou coordenador de cursos graduados e/ ou pós-graduados

___ Participante como utente com condições musculoesqueléticas

Apêndice C – Carta explicativa do estudo

Ficha Informativa para Participantes

Consenso sobre as variáveis clínicas e sociodemográficas a avaliar em utentes com condições musculoesqueléticas: um estudo de Delphi

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar. Este documento inclui duas partes: a parte 1 apresenta-lhe informação sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido. Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocarmos as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

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

Qual é a finalidade do estudo?

Este estudo tem como principal objetivo criar consenso sobre as variáveis clínicas e sociodemográficas autoreportadas pelo utente a integrar num instrumento/ sistema de registo sistemático em fisioterapia, para utentes com condições de origem músculo-esqueléticas. A realização deste consenso permitirá formar um instrumento ou sistema de informação de caracterização/ avaliação transversal a várias condições ME e partilhado profissionalmente, permitindo promover a participação dos utentes no processo de avaliação de fisioterapia ao mesmo tempo que agrega informação sobre as características das pessoas que procuram os cuidados de saúde e instiga a investigação em contexto real.

Porque fui convidado?

Foi convidado(a) a participar neste estudo por ser considerado, segundo os critérios pré-estabelecidos, apto a participar no painel de *experts* para o presente estudo, ou por ser um(a) utente/utilizador de serviços de fisioterapia com mais de

18 anos que tenha realizado um programa de fisioterapia músculo-esquelética nos 3 meses anteriores, ou no momento do estudo. A sua participação irá ajudar-nos a estabelecer uma lista com as principais variáveis que devem ser recolhidas na avaliação músculo-esquelética por parte dos utentes, permitindo diminuir a carência existente de dados referentes ao contexto real das pessoas que recorrem aos serviços de fisioterapia, de forma a conhecer e monitorizar a evolução em utentes com condições músculo-esqueléticas. Este questionário final deve ser considerado fácil de executar e de relevância para os fisioterapeutas e utentes.

Tenho mesmo de participar?

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

O que acontece se aceitar participar?

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

O que terei de fazer?

Em primeiro lugar terá de responder a um questionário, de forma a caracterizar o painel de *experts* segundo critérios sociodemográficos, clínicos e profissionais, mantendo sempre o anonimato do próprio. O estudo está dividido em três rondas compostas por um questionário cada, estando este disponível por 14 dias. A primeira ronda será constituída por uma lista inicial e abrangente com diversas variáveis e com informações sobre a sua importância e evidência de suporte para cada uma. Aqui existirá espaço para propor novas variáveis que

considere importantes e/ou adicionar comentários que suportem as suas opções. Para além disto será solicitado que priorize as variáveis resultantes da ronda anterior (com exceção da primeira ronda), segundo a escala de *Likert* de 5 pontos (em que 5 representa o grau mais elevado de importância – “extremamente importante” - e 1 o grau mais baixo de importância – “sem importância”).

Quais as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos garantir que este estudo o(a) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retirarmos dele irá ajudar-nos a simplificar o registo clínico sistemático e oferecer a fisioterapeutas e seus representantes uma ferramenta capaz de promover a participação dos utentes no processo de avaliação de fisioterapia ao mesmo tempo que agrega informação sobre as características das pessoas que procuram os cuidados de saúde e promove a investigação em contexto real.

Quais as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

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

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

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

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia – Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, e em nenhum momento os dados serão apresentados de forma

individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos e a base de dados eletrónica após três anos.

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

Parte 2 | A forma como o estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

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

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do seguinte e-mail: 200512006@estudantes.ips.pt.

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim, a sua participação será confidencial. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Os seus dados sociodemográficos, clínicos e as suas respostas ao questionário serão codificados e introduzidos por mim (Gonçalo Fraga) numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro apenas acessível aos investigadores deste

estudo, pertencentes ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

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

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

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

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

Muito obrigado por ler este documento,

Gonçalo Fraga / Diogo Pires

E-mail: 200512006@estudantes.ips.pt

Apêndice D - Consentimento informado para participantes

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

Consenso sobre as variáveis clínicas e sociodemográficas a avaliar em utentes com condições musculoesqueléticas: um estudo de Delphi

Caro(a) Participante

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

Este estudo tem como principal objetivo criar consenso sobre as variáveis clínicas e sociodemográficas autoreportadas pelo utente a integrar num instrumento/ sistema de registo sistemático em fisioterapia para utentes com condições de origem músculo-esquelética.

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

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

Para continuar, por favor seleccione os itens abaixo:

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

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

Data: ___/___/_____

Participante: _____

Investigador principal: _____

E-mail: 200512006@estudantes.ips.pt

Apêndice E – Resultados do coeficiente de Kendall

Ronda 1

Related-Samples Kendall's Coefficient of Concordance Summary

Total N	28
Kendall's W	,310
Test Statistic	346,858
Degree Of Freedom	40
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Ronda 2

Related-Samples Kendall's Coefficient of Concordance Summary

Total N	27
Kendall's W	,113
Test Statistic	85,615
Degree Of Freedom	28
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<,001

Apêndice F - Parecer da Comissão Especializada de Ética em Investigação (CEEI)



Parecer 86/AFC/2021

Solicitação

Pedido de Parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS submetido por Gonçalo Cepeda Fraga, estudante no Mestrado em Fisioterapia - Condições Músculoesqueléticas, no âmbito do estudo “Consenso sobre as variáveis clínicas e sociodemográficas a avaliar em utentes com condições musculoesqueléticas: um estudo de Delphi”.

Documental

1. Requerimento do parecer.
2. Dossier de Submissão à CEEI IPS.

Análise e Parecer

1. O estudo tem como objetivo geral: criar consenso sobre as variáveis clínicas e sociodemográficas autoreportadas pelo utente a integrar num instrumento/sistema de registo sistemático em fisioterapia para utentes com condições de origem musculoesqueléticas.

2. “De forma a responder ao objetivo do estudo será utilizado o método de Delphi”.

3. “O estudo será dividido em três rondas (...) em todas as rondas será solicitado aos participantes que priorizem as variáveis resultantes da ronda anterior (...) as respostas serão recolhidas e sumarizadas entre rondas e comunicadas de volta aos participantes de modo a reduzir o número de variáveis (...) a forma de graduar a classificação da importância das variáveis em estudo será realizada segundo a escala de likert de 5 pontos.”

4. Os participantes, painel de experts, vai contar com 15 a 20 pessoas, fisioterapeutas e utentes. Os utentes serão identificados pelos experts clínicos convidados e “devem ter realizado um programa de fisioterapia nos 3 meses anteriores ou no momento do estudo” (...) no caso dos fisioterapeutas serão convidados participantes com diferentes características e critérios”: experts clínicos; fisioterapeutas investigadores e fisioterapeutas docentes ou coordenadores de cursos graduados e pós-graduados na área das condições musculoesqueléticas. 5. O acesso aos participantes é descrito de forma clara. “A todos os potenciais participantes será enviado por e-mail uma carta explicativa do estudo com a descrição clara dos objetivos e dos procedimentos da investigação. No caso de aceitarem participar no estudo, receberão por e-mail um link de acesso ao questionário online referente à primeira ronda do estudo. Antes de iniciar o preenchimento do questionário em si, ser-lhes-á pedido para confirmarem que cumprem os critérios de inclusão, terão

novamente acesso à carta explicativa do estudo em formato online e pdf, e posteriormente terão acesso ao consentimento informado no qual devem confirmar que aceitam participar no estudo ao clicarem na opção “declaro que aceito participar”.

6. O estudo contempla cronograma, sendo claro o planeamento a seguir.

7. Contempla carta/explicativa/carta convite, contudo não identifica o tempo a depender pelos participantes no decorrer do estudo.

8. Contempla formulário de consentimento informado, contudo, não é claro como o participante deverá dar o seu consentimento. Na sinopse do estudo é descrito “terão acesso ao consentimento informado no qual devem confirmar que aceitam participar no estudo ao clicarem na opção “declaro que aceito participar”, sendo que no formulário propriamente dito há espaço para assinatura de investigador e participante, presumindo-se que o participante deve assinar o consentimento e devolver ao investigador. Se assim for, este documento deve apresentar-se em duplicado. Recomenda-se proceder a inclusão de informação no formulário on line que indique a possibilidade de obtenção de duplicado, via impressão em pdf do formulário, e como fazê-lo.

Síntese/conclusão

O estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes, pelo que o parecer é favorável. Recomenda-se a inclusão do aspeto referido no ponto 7 e a clarificação do ponto 8.

22 dezembro 2021

P'la CEEI
