



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

João Afonso Belo
Duarte Aires Moreira

**Adaptação cultural e contributo para a
validação da *Escala de Relación
Terapéutica Centrada en la Persona en
Fisioterapia* para português europeu**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

Orientadora

Professora Doutora Carmen Caeiro

Coorientadora

Professora Doutora Lúcia Domingues

Novembro de 2022

Relatório de Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Carmen Caeiro e coorientação científica da Professora Doutora Lúcia Domingues.

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,

(João Afonso Belo Duarte Aires Moreira)

Setúbal, 24 de novembro de 2022

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

A orientadora,

(Professora Doutora Carmen Caeiro)

Setúbal, 24 de novembro de 2022

Agradecimentos

Esta dissertação de mestrado assemelha-se a uma caminhada. Uma caminhada longa. Longa e com inúmeros desafios e incertezas. Alegrias e tristezas. Mas esta caminhada não foi feita sozinho. Foi feita em conjunto com inúmeras pessoas. Pessoas que caminharam comigo lado a lado desde o primeiro ao último dia. Pessoas que apenas caminharam comigo alguns quilómetros. Pessoas que me deram a mão nos caminhos mais íngremes e que correram comigo nos caminhos a direito. Pessoas que me ajudaram a ver os atalhos para chegar mais rápido. Pessoas que, apesar de não terem feito a caminhada, cruzaram-se comigo em algum troço e marcaram a minha caminhada. Esta caminhada só foi concluída porque existem essas pessoas.

A Professora Doutora Carmen Caeiro e a Professora Doutora Lúcia Domingues. Pela dedicação permanente, pela disponibilidade infindável, pelo rigor ímpar e pela motivação constante ao longo de toda a caminhada.

A Margarida. Por ter partilhado comigo esta caminhada, desde o início até ao fim. Pelas infinitas horas de reunião e partilha de conhecimento. Pela oportunidade de termos crescido em conjunto.

Os colegas do mestrado. Por terem feito as suas caminhadas em conjunto com a minha. Pelo companheirismo, pela ajuda mútua, pela partilha de emoções e pela amizade construída.

Os docentes do mestrado. Por me fazerem crescer enquanto fisioterapeuta e enquanto pessoa. Pela aprendizagem desenvolvida e por tudo o que me transmitiram.

Os meus colegas do hospital. Pelo suporte, pela disponibilidade, pela compreensão e pela entrega inigualável que manifestaram ao longo desta caminhada.

Todos os participantes do estudo. Utentes, fisioterapeutas, tradutores, peritos e responsáveis pelos serviços de fisioterapia. Sem o seu contributo e empenho único esta caminhada não teria sido feita.

A minha família e amigos. Por TUDO.

Muito obrigado.

Resumo

Adaptação cultural e contributo para a validação da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* para português europeu

João Moreira; Lúcia Domingues; Carmen Caeiro

Enquadramento: A implementação de uma prática centrada na pessoa é considerada uma prioridade para a reorganização dos cuidados de saúde. Um dos elementos fundamentais é o desenvolvimento de uma relação terapêutica sólida e positiva, uma vez que parece ser efetiva ao nível dos principais resultados de interesse na área das condições musculoesqueléticas. Porém, em Portugal não existem instrumentos que permitam mensurar a relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia. A *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F) é um instrumento desenvolvido originalmente na cultura espanhola, que se revelou útil, válido e fiável para avaliar este resultado de interesse.

Objetivos: Realizar a adaptação cultural da RTCP-F para português europeu e contribuir para a validação da versão portuguesa da RTCP-F (RTCP-F-VP), através do estudo da validade estrutural e da fiabilidade (consistência interna e fiabilidade teste-reteste), em indivíduos com condições musculoesqueléticas.

Metodologia: Este estudo incluiu duas fases. Na fase 1 realizou-se um estudo metodológico de adaptação cultural dividido em 7 etapas. Na fase 2 foi realizado um estudo longitudinal para avaliação das propriedades psicométricas. A validade estrutural foi avaliada através da análise fatorial exploratória (método de componentes principais), a consistência interna foi estimada através do α de Cronbach e a fiabilidade teste-reteste foi analisada com recurso ao coeficiente de correlação intraclassa ($CCI_{2,1}$). Admitiram-se valores de $p < 0,05$ como indicativos de significância estatística.

Resultados: A RTCP-F foi adaptada culturalmente com sucesso para português europeu (fase 1). Na fase 2 foram recrutados 154 indivíduos com condições musculoesqueléticas. A solução fatorial explicou 75,8% da variabilidade total e reteve 3 fatores, agrupando os itens 9 a 15 num fator comum (capacitação profissional e comunicação terapêutica). A RTCP-F-VP apresentou uma adequada consistência interna (α de Cronbach = 0,886) e uma reduzida fiabilidade teste-reteste [$CCI_{2,1} = 0,504$ (IC95%: 0,365-0,621, $p < 0,001$)].

Conclusão: Este estudo adaptou culturalmente um instrumento autoreportado para português europeu, que permite a avaliação da relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia. A RTCP-F-VP apresentou uma adequada consistência interna, contudo, os resultados da fiabilidade teste-reteste não suportam, de momento, a sua utilização na população portuguesa. Estes resultados sugerem a necessidade de novos estudos para explorar a fiabilidade teste-reteste com diferentes cenários metodológicos e para contribuir para a restante validação do instrumento.

Palavras-chave: adaptação cultural; validade estrutural; consistência interna; fiabilidade teste-reteste; relação terapêutica; prática centrada na pessoa; condições musculoesqueléticas; fisioterapia

Abstract

Cross-cultural adaptation and validation of the *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* to European Portuguese

João Moreira; Lúcia Domingues; Carmen Caeiro

Background: The implementation of person-centered practice is considered a priority for the reorganization of health care. One of the fundamental elements is the establishment of a solid and positive therapeutic relationship since it seems to be effective in the main outcomes of interest in musculoskeletal conditions. However, in Portugal there are no instruments to measure the person-centered therapeutic relationship in physiotherapy. The *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F) is an instrument originally developed in the Spanish culture, which proved to be useful, valid, and reliable to assess this outcome of interest.

Purpose: Conduct the cross-cultural adaptation of the RTCP-F to European Portuguese and contribute to the validation of the Portuguese version of the RTCP-F (RTCP-F-VP), through the study of its structural validity and reliability (internal consistency and test-retest reliability), in individuals with musculoskeletal conditions.

Methods: This study included two phases. In phase 1, a methodological study of cross-cultural adaptation was carried out, divided into 7 stages. In phase 2, a longitudinal study was carried out to assess the psychometric properties. Structural validity was analyzed using exploratory factor analysis (principal component analysis), internal consistency was estimated using Cronbach's alpha (α), and test-retest reliability was analyzed using the intraclass correlation coefficient ($ICC_{2,1}$). A p -value $< 0,05$ was considered to indicate statistical significance.

Results: The RTCP-F was successfully culturally adapted to European Portuguese (phase 1). In phase 2, 154 individuals with musculoskeletal conditions were recruited. The factorial solution explained 75,8% of the total variability, and retained 3 factors, grouping items 9 to 15 in a common factor (professional empowerment and therapeutic communication). The RTCP-F-VP had adequate internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0,886$), and low test-retest reliability [$ICC_{2,1} = 0,504$ (CI95%: 0,365-0,621, $p < 0,001$)].

Conclusion: This study culturally adapted a self-report instrument to European Portuguese, which allows the assessment of the person-centered therapeutic relationship in physiotherapy. The RTCP-F-VP had adequate internal consistency, however, the test-retest reliability results do not support, at the moment, its use in the Portuguese population. These results suggest the need for further studies to explore the test-retest reliability with different methodological scenarios and to contribute to the remaining validation of the instrument.

Keywords: cross-cultural adaptation; structural validity; internal consistency; test-retest reliability; therapeutic relationship; person-centered practice; musculoskeletal conditions; physiotherapy

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. O impacto das condições musculoesqueléticas.....	1
1.2. Prática centrada no utente: da origem a padrão de qualidade em saúde.....	2
1.3. Prática centrada no utente no século XXI.....	3
1.4. Prática centrada na pessoa em fisioterapia: aspetos estruturais.....	4
1.5. Efetividade da construção da relação terapêutica em fisioterapia.....	6
1.6. Barreiras e facilitadores para a construção da relação terapêutica.....	9
1.7. Avaliação da relação terapêutica em fisioterapia.....	10
1.8. <i>Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia</i>	12
1.9. Objetivos do estudo.....	14
2. Metodologia.....	15
2.1. Fase 1: Adaptação cultural.....	15
2.1.1. Tradução para português europeu.....	15
2.1.2. Síntese da tradução.....	15
2.1.3. Retroversão.....	16
2.1.4. Síntese da retroversão.....	16
2.1.5. Validação por comité de peritos.....	16
2.1.6. Estudo piloto.....	17
2.1.7. Auditoria final.....	18
2.2. Fase 2: Avaliação das propriedades psicométricas.....	18
2.2.1. Participantes.....	18
2.2.2. Propriedades psicométricas.....	19
2.2.3. Instrumentos de medida.....	20
2.2.4. Procedimento de recolha de dados.....	20
2.2.5. Análise estatística.....	21
3. Resultados.....	24
3.1. Fase 1: Adaptação cultural.....	24
3.1.1. Tradução para português europeu e síntese da tradução.....	24
3.1.2. Retroversão e síntese da retroversão.....	25
3.1.3. Validação por comité de peritos.....	26
3.1.4. Estudo piloto.....	28

3.1.5. Auditoria final.....	28
3.2. Fase 2: Avaliação das propriedades psicométricas	29
3.2.1. Caraterização sociodemográfica e clínica dos participantes	29
3.2.2. Propriedades psicométricas	31
3.2.2.1. Validade estrutural	31
3.2.2.2. Fiabilidade - Consistência interna	33
3.2.2.3. Fiabilidade - Fiabilidade teste-reteste	34
3.2.2.3.1. Análise de sensibilidade	36
4. Discussão	38
4.1. Discussão geral.....	38
4.2. Limitações do estudo	43
4.3. Implicações e perspetivas futuras	43
5. Conclusão.....	45
Bibliografia.....	46
Apêndice A: Dossier de auditoria final	i
Apêndice B: Caraterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo piloto (n=44) ..	lxxi
Apêndice C: Validade estrutural	lxxii
Apêndice D: Consistência interna	lxxvi
Apêndice E: Fiabilidade teste-reteste	lxxviii
Anexo 1: Parecer da Comissão Especializada de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.....	lxxxix
Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.....	lxxxiv
Anexo 3: Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	lxxxvi

Lista de figuras

Figura 1. Procedimento de recolha de dados da fase 2.

Figura 2. Etapas do processo de adaptação cultural e colaboradores / participantes envolvidos.

Figura 3. Fluxograma da fase 2.

Figura 4. Gráfico *Scree plot*.

Lista de tabelas

Tabela 1. Tópicos de destaque relativamente ao processo de tradução.

Tabela 2. Caraterização dos elementos do painel de peritos.

Tabela 3. Tópicos de destaque relativamente à etapa do comité de peritos.

Tabela 4. Caraterização sociodemográfica e clínica dos participantes da fase 2 (n=154).

Tabela 5. Teste de Esfericidade de *Barlett* e teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*.

Tabela 6. Análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais (rotação *Varimax*).

Tabela 7. Resultados da consistência interna (*alpha* de *Cronbach*) da RTCP-F-VP.

Tabela 8. Estatística descritiva da RTCP-F-VP em T0 e em T1.

Tabela 9. Resultados do coeficiente de correlação intraclass.

Tabela 10. Resultados do coeficiente de correlação de *Kappa* ponderado.

Tabela 11. Resultados da análise de sensibilidade.

Lista de siglas e abreviaturas

AFE - Análise fatorial exploratória

AIQ - Amplitude interquartilica

CAF-P - *Therapeutic Alliance in Physiotherapy Questionnaire-Patients*

CCI - Coeficiente de correlação intraclasse

CEEI - ESS/IPS - Comissão Especializada de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

COSMIN - *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments*

DMCI - Diferença mínima clinicamente importante

EVA - Escala visual analógica

IAT - Inventário da Aliança Terapêutica

IC - Intervalo de confiança

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

OFAT - *One-factor-at-a-time*

PGIC - *Patient Global Impression of Change*

PME - Perito em musculoesquelética

P-TREM - *Physiotherapy Therapeutic RElationship Measure*

RTCP-F - *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia*

RTCP-F-VP - Versão portuguesa da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

ULSCB - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

WAI-ReD - *Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch Version*

WATOCI - *Working Alliance Theory of Change Inventory*

1. Introdução

1.1. O impacto das condições musculoesqueléticas

As condições musculoesqueléticas abrangem mais de 150 condições diferentes, sendo tipicamente caracterizadas por dor, muitas vezes persistente (World Health Organization, 2022b). Estas condições são influenciadas por múltiplos fatores, incluindo fatores biopsicossociais e comorbilidades, sendo que, a maioria das condições musculoesqueléticas não traumáticas de dor persistente, não tem um diagnóstico anatomopatológico que explique adequadamente a dor e a incapacidade da pessoa (Hartvigsen et al., 2018; J. Lewis & O'Sullivan, 2018). A análise da *Global Burden of Disease* de 2019 reportou uma prevalência de 1,71 bilhões de pessoas com condições musculoesqueléticas e 149 milhões de anos de vida vividos com incapacidade em todo o mundo. Dentro destas condições, a lombalgia foi identificada como a mais prevalente (568 milhões de pessoas) (Cieza et al., 2020). Estes dados indicaram ainda que, entre 1990 e 2019, a taxa de incidência e a taxa de anos vividos com incapacidade padronizada por idade diminuíram, e que a faixa etária de pico de início da condição músculoesquelética transitou dos 35 a 39 anos para os 50 a 54 anos (Liu et al., 2022).

Em Portugal, a prevalência de condições musculoesqueléticas foi estimada em 21,2% (Branco et al., 2016), representando a principal causa de anos vividos com incapacidade (23%) (Direção-Geral da Saúde, 2018). Os portugueses com condições musculoesqueléticas têm menor qualidade de vida relacionada com a saúde e função física, mais sintomas de ansiedade e consomem mais recursos de saúde, desde cuidados domiciliários a episódios de hospitalização (Branco et al., 2016). A lombalgia foi considerada a mais prevalente (26,4%), sendo superior na faixa etária dos 46 aos 55 anos (27,7%) (Branco et al., 2016). A lombalgia e a cervicálgia constituem a principal causa, tanto de anos vividos com incapacidade (16,7%), como de anos de vida ajustados à incapacidade (7,9%), com um aumento de 22,8% entre 1990 e 2016 para ambas as métricas (Direção-Geral da Saúde, 2018).

A prestação de cuidados de saúde de baixa qualidade (Buchbinder et al., 2018) foi indicada como um dos fatores que contribuem para que as condições musculoesqueléticas sejam a principal causa de incapacidade em Portugal (Branco et al., 2016; Direção-Geral da Saúde, 2018) e em todo o mundo (Cieza et al., 2020; Liu et al., 2022; Vos et al., 2020). Considerando estes dados, as diretrizes atuais reportam que a intervenção no contexto destas condições deve priorizar abordagens integradas, de alto valor e custo-benefício (J. S. Lewis et al., 2021). Na revisão sistemática conduzida por Lin e colaboradores (2020), a prestação de cuidados centrados no utente foi identificada como a primeira das onze recomendações para a gestão e tratamento das condições musculoesqueléticas (Lin, Wiles,

Waller, Goucke, et al., 2020). Num estudo subsequente, esta recomendação foi considerada como o sustento para a operacionalização das restantes recomendações (Lin, Wiles, Waller, Caneiro, et al., 2020). Apesar da recomendação de centrar os cuidados no utente ser considerada basilar, os autores referem que esta é muitas vezes subvalorizada, pouco reconhecida, pouco treinada e considerada menos importante do que os conhecimentos técnicos (Lin, Wiles, Waller, Caneiro, et al., 2020).

1.2. Prática centrada no utente: da origem a padrão de qualidade em saúde

Em 1969, a “medicina centrada no utente” surgiu como uma forma de pensamento médico, onde, não sendo possível identificar uma doença, o médico devia examinar a pessoa como um todo para formular um “diagnóstico geral” (M. Balint, 1969). Este modelo de prática foi definido como “entender o utente como um ser humano único” (E. Balint, 1969). A investigação de Michael e Enid Balint é considerada primordial para o que atualmente é reconhecido como prática centrada no utente e, desde então, são várias as definições que foram publicadas. Em 1976, o conceito foi descrito como um método de consulta onde o médico utiliza o conhecimento e a experiência do utente para orientar a interação (Byrne & Long, 1976) e, em 1989, este modelo foi definido como “o médico tenta entrar no mundo dos utentes” para ver a doença através dos olhos dos mesmos (McWhinney, 1989). Por sua vez, em 1995 surgiu uma descrição mais abrangente, reforçando a necessidade de compreender a pessoa como um todo e de melhorar a relação médico-utente (Stewart et al., 1995).

A falta de uma definição universalmente aceite relativamente à prática centrada no utente conduziu à criação de um modelo por Mead e Bower (2000), sendo atualmente um dos mais utilizados na área médica. Este modelo encontra-se sustentado nas dimensões: “**perspetiva biopsicossocial**”, “**utente como pessoa**”, “**partilha de poder e responsabilidade**”, “**aliança terapêutica**”, e “**médico como pessoa**”. A “**perspetiva biopsicossocial**” surge na sequência da dificuldade em enquadrar condições na taxonomia convencional de doenças e na necessidade de combinar diferentes perspetivas no tratamento dos utentes. Por sua vez, a dimensão “**utente como pessoa**” realça a necessidade de compreender a experiência da dimensão da doença do utente. No que diz respeito à “**partilha de poder e responsabilidade**”, esta dimensão determina um maior envolvimento do utente nos cuidados, conduzindo à simetria na relação utente-médico. A dimensão “**aliança terapêutica**” aponta que uma relação amigável e simpática pode aumentar a probabilidade de adesão/colaboração do utente ao tratamento e, por último, a dimensão “**médico como pessoa**” diz respeito à influência das qualidades médicas pessoais, como a capacidade de autoconsciência das respostas emocionais do utente (Mead & Bower, 2000). Mais recentemente foram adicionadas duas dimensões ao modelo,

a “atmosfera facilitadora dos cuidados de saúde” e a “mudança cultural organizacional”, ampliando o foco para o nível organizacional em torno da tríade utente-profissional. A primeira dimensão reforça que a prática deve envolver toda a experiência de cuidados, desde a procura de estacionamento aos contactos clínicos, e a segunda sublinha que a prática “só será verdadeiramente centrada no utente quando não for chamada de prática centrada no utente” (Fix et al., 2017).

Em 2001, o *Institute of Medicine*, face à evolução global e complexidade exigida na prestação de cuidados de saúde, identificou seis metas para melhorar os cuidados de saúde no século XXI. De acordo com o documento produzido, os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, eficientes, equitativos, capazes de responder às necessidades e centrados no utente. Neste documento, os cuidados centrados no utente foram definidos como cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores do utente, assumindo que os valores individuais devem guiar as decisões clínicas. Esta recomendação marcou a transição do século no que diz respeito à prática centrada no utente, sendo reconhecida a nível internacional (Institute of Medicine, 2001).

1.3. Prática centrada no utente no século XXI

A recomendação para a implementação da prática centrada no utente está presente nos cuidados de saúde há várias décadas, tendo vindo a orientar os modelos de prática atuais em detrimento da visão biomédica e paternalista anteriormente predominante. Esta recomendação conduziu a um aumento da investigação na área e, paralelamente, assistiu-se ao uso intercambiável de diferentes conceitos. Epstein e colaboradores (2005) alertaram para o uso intercambiável de “centração no utente”, “prática centrada no utente” e “comunicação centrada no utente”. Para os autores, o primeiro conceito correspondia a uma filosofia moral, enquanto o segundo referia-se à sua operacionalização, o que incluía o comportamento pessoal, intervenções técnicas e inovações nos sistemas de saúde. Por fim, o conceito de “comunicação centrada no utente” incluía quatro domínios de comunicação: perspetiva do utente, contexto psicossocial, compreensão partilhada e partilha de poder e responsabilidade. Para os autores não devia ser abandonada a filosofia inerente aos primeiros conceitos, defendendo que a “comunicação centrada no utente” era um construto multifacetado, promotor da integração de valores necessários para a melhoria dos cuidados (Epstein et al., 2005).

Mais recentemente tem sido objeto de investigação, igualmente pelo uso permutável, a clarificação dos conceitos de “prática centrada no utente” e “prática centrada na pessoa”. Ambos os conceitos têm o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, mas são distintos quanto ao âmbito da sua aplicação. Por um lado, o objetivo da prática centrada no utente centraliza-se na vida funcional

do mesmo, atendendo às suas necessidades, valores e preferências. Por outro lado, a prática centrada na pessoa concentra-se em todas as necessidades da vida, determinando o que torna a vida significativa para o utente como pessoa. Assim, a prática centrada na pessoa enquadra-se numa filosofia da prática, um meio de pensar e cuidar da pessoa que se estende para além da vida funcional do utente tendo em conta os seus fatores humanos e contextuais, amplificando a perspetiva da prática centrada no utente. Apesar disso não há oposição entre implementar um modelo de prática centrada no utente e de prática centrada na pessoa (Eklund et al., 2018; Zhao et al., 2016). No contexto desta revisão de literatura será usada preferencialmente a expressão “prática centrada na pessoa”, embora, por vezes, seja utilizada a expressão “prática centrada no utente” de forma a assegurar o rigor na citação do conteúdo dos estudos analisados.

1.4. Prática centrada na pessoa em fisioterapia: aspetos estruturais

Especificamente na área da fisioterapia foi construída uma estrutura conceptual com os aspetos inerentes à prática centrada no utente, identificados a partir de uma revisão sistemática de estudos qualitativos relativos às perspetivas dos utentes e dos fisioterapeutas. Esta estrutura referia que a prática centrada no utente em fisioterapia envolve, por um lado, a interação com o utente (“**comunicação**” verbal e não verbal, “**educação**” ajustada ao utente, “**definição de objetivos**” em colaboração, “**suporte**” e “**individualidade**”) e, por outro lado, as características do fisioterapeuta (“**caraterísticas sociais**”, “**competência técnica**” e “**confiança**”) (Wijma et al., 2017).

A dimensão “**comunicação**” foi mencionada tanto pelos fisioterapeutas como pelos utentes em todos os estudos incluídos (Wijma et al., 2017), e requer o uso de estratégias comunicativas para incorporar a narrativa e as experiências do utente (Hiller & Delany, 2018). Da mesma forma, todos os estudos reportaram a “**educação**” como elemento integrante, devendo ser útil e focada nos problemas do utente (Wijma et al., 2017). Por seu lado, a “**definição de objetivos**” pareceu ser do particular interesse dos fisioterapeutas, pois os utentes não reportaram espontaneamente esta dimensão nos estudos incluídos. Ainda assim, é indicado que os fisioterapeutas devem motivar os utentes para estabelecer os objetivos e o plano de tratamento em colaboração (Wijma et al., 2017).

A tomada de decisão partilhada assume-se como um elemento-chave para a prática centrada no utente na área musculoesquelética (Hutting et al., 2021). Bomhof-Roordink e colaboradores (2019) conduziram uma revisão sistemática que pretendeu analisar as componentes de diferentes modelos de tomada de decisão partilhada, sendo que, a descrição das opções de tratamento (presente em 88% dos modelos), a tomada e a revisão da decisão (75%), e as preferências do utente (68%) eram

as componentes mais frequentes. Em contrapartida, a *expertise* do profissional de saúde (10%) e do utente (8%) eram as menos frequentes (Bomhof-Roordink et al., 2019).

Por sua vez, outra dimensão relacionada com a interação entre o utente e o fisioterapeuta, era o “**suporte**”, que consiste numa combinação de individualidade, igualdade de responsabilidade, compreensão e empoderamento (Wijma et al., 2017). Esta componente refere-se à promoção da participação ativa e responsabilidade do utente para a gestão da sua condição, em particular nas condições musculoesqueléticas persistentes (Hutting et al., 2021; Kongsted et al., 2021). A “**individualidade**” implica conhecer as circunstâncias individuais, e reflete-se numa abordagem individualizada, tanto no conteúdo como na forma como é distribuída (Wijma et al., 2017).

Na esfera das características do fisioterapeuta, os utentes descreveram como “**caraterísticas sociais**”: a honestidade sobre as suas limitações e a reflexão sobre o seu próprio comportamento, agindo de mente aberta e interessada, com respeito, sem julgamento ou egoísmo (Wijma et al., 2017). Por seu lado, foi também identificada a relevância da “**competência técnica**” para lidar com a condição específica do utente, aliando a atualização do conhecimento com as habilidades de ensino. Por fim, tanto os fisioterapeutas como os utentes destacaram a importância de um fisioterapeuta com “**confiança**” e que, para além disso, deve inspirar confiança no utente (Wijma et al., 2017).

Em particular na área das condições musculoesqueléticas, a criação de uma relação significativa com o utente, a tomada de decisão partilhada e o suporte para a autogestão assumem um papel de destaque (Hutting et al., 2021). Miciak e colaboradores (2018a) desenvolveram um estudo qualitativo com fisioterapeutas e utentes, da qual resultou um modelo de três categorias: “**reconhecer o utente**” como um elemento ativo, validando as suas experiências; “**doação de si mesmo**”, o que inclui um investimento pessoal de energia mental, emocional e física; e “**usar o corpo como um instrumento de comunicação**”, reconhecendo o toque como um meio de conexão. De acordo com os autores, este modelo pode ser utilizado, em conjunto com outras abordagens, para a reflexão da prática e o consequente desenvolvimento da relação terapêutica (Miciak et al., 2018a).

A relação terapêutica é apontada como uma componente central da prática centrada na pessoa em fisioterapia (Miciak, 2015). Esta relação assume-se como “**terapêutica**” porque a qualidade da relação pode afetar o bem-estar e os resultados clínicos do tratamento (Street et al., 2009). De acordo com um estudo qualitativo de Miciak e colaboradores (2018b), a relação terapêutica implica **presença, recetividade, genuinidade e comprometimento** de ambos (Miciak et al., 2018b). A **presença** reflete a intenção em estar no momento (“...*physiotherapists and patients described the importance of creating a “bubble” (PT-K) that allows full engagement.*”). Por seu lado, a **recetividade** implica uma

interação com atitude aberta e uma receptividade focada para identificar aspetos importantes. Por sua vez, a **genuinidade** envolve ser “eu” próprio, ser honesto e investir no relacionamento pessoal. Em particular, ser honesto acarreta transparência e objetividade no diálogo. Por fim, o **comprometimento** envolve, não só a motivação de ambos em entender a situação do utente, como também “*making “all efforts” (PT-D) to honour the best interests of the patient*” (Miciak et al., 2018b).

A investigação relativa à relação terapêutica em fisioterapia tem utilizado modelos da psicoterapia, como o modelo tripartido da aliança terapêutica (Bordin, 1979). Neste modelo, a relação entre o “terapeuta” e o “cliente” foi designada de aliança terapêutica e definida como uma relação de colaboração e concordância mútua, sendo constituída por três dimensões: consenso relativo aos objetivos, atribuição de tarefas e desenvolvimento de vínculos. Para o autor, a negociação em torno dos objetivos era crucial para a construção de uma aliança sólida e para o bom êxito do processo terapêutico, alertando para a relevância das tarefas, a qual depende das dificuldades e motivação para a mudança do “cliente”. Por seu lado, o conceito de vínculos referia-se à ligação afetiva entre ambos, e nele estão implícitos aspetos como a confiança e o respeito mútuos (Bordin, 1979).

Embora existam várias semelhanças, o conceito de relação terapêutica em fisioterapia difere do conceito aplicado à psicoterapia. Uma diferença fundamental parece ser o uso do corpo e do toque como ponto de contacto e como uma estratégia para facilitar a relação (Miciak et al., 2018a), uma vez que não ocorre com frequência na psicoterapia. Por sua vez, o conceito de aliança terapêutica é ainda muitas vezes utilizado como sinónimo de relação terapêutica, contudo, embora relacionados, o primeiro está principalmente focado na colaboração terapêutica em torno do trabalho desenvolvido como parte da fisioterapia, não integrando de forma tão abrangente os aspetos pessoais da interação como o segundo conceito (McCabe, Miciak, Roberts, Sun, & Gross, 2021).

1.5. Efetividade da construção da relação terapêutica em fisioterapia

A implementação da prática centrada na pessoa está sustentada na capacidade de melhorar os resultados clínicos, a qualidade de vida relacionada com a saúde e o custo-efetividade dos cuidados de saúde em geral (Gyllensten et al., 2019; Martyushev-Poklad et al., 2022; Pirhonen et al., 2020). Em relação à fisioterapia, a relação terapêutica assume um papel de destaque no âmbito deste modelo de prática, daí que se atribua um especial interesse ao estudo da sua efetividade em múltiplos desfechos de interesse. A maioria dos estudos desenvolvidos centram-se essencialmente no conceito da “aliança terapêutica” e não na “relação terapêutica”, uma vez que, por um lado, os modelos de prática centrada na pessoa em fisioterapia utilizaram as bases da psicoterapia e, por outro lado, os

instrumentos de avaliação disponíveis até aos últimos dois anos avaliavam exclusivamente a “aliança terapêutica”, sendo um dos mais utilizados o Inventário da Aliança Terapêutica (IAT).

Diversos estudos parecem suportar a efetividade da construção de uma aliança terapêutica sólida e positiva nos resultados clínicos centrais da área das condições musculoesqueléticas, nomeadamente, a intensidade da dor (Ferreira et al., 2013; Hall et al., 2010; Holmes et al., 2022; Kinney et al., 2018; Lakke & Meerman, 2016; Lawford et al., 2021) e a capacidade funcional (Alodaibi et al., 2021; Ferreira et al., 2013; Hall et al., 2010; Holmes et al., 2022; Lakke & Meerman, 2016; Lawford et al., 2019). Para além disso, a sua efetividade parece estender-se a outras variáveis, nomeadamente, a autoeficácia para gerir a dor (Lawford et al., 2019, 2021), o medo do movimento (Lawford et al., 2021), a depressão (Hall et al., 2010), o estado de saúde geral (Hall et al., 2010), a perceção global de melhoria (Ferreira et al., 2013; Hall et al., 2010), a satisfação (Hall et al., 2010), a adesão ao tratamento (Babatunde et al., 2017) e o custo-efetividade (Vries et al., 2016).

Destaca-se o estudo observacional de Holmes e colaboradores (2022), no qual se concluiu que os utentes que percecionaram uma aliança terapêutica mais positiva nas sessões iniciais de fisioterapia, eram mais propensas a alcançar valores de diferença mínima clinicamente importante (DMCI), tanto ao nível da dor ($p=0,008$), como da capacidade funcional ($p=0,001$). Para além disso, a quantidade (duração das sessões) e a qualidade da aliança terapêutica parecem ter igual contribuição para a melhoria dos níveis funcionais, enquanto para a melhoria dos níveis da dor, a qualidade da aliança terapêutica parece ter potencialmente mais impacto (Holmes et al., 2022).

Ao nível do custo-efetividade, Vries e colaboradores (2016) desenharam um estudo randomizado controlado com um programa assente nos princípios da prática centrada no utente, o Coach2Move. Esta intervenção resultou numa poupança aproximada de 24% ($p=0,028$) no custo total a favor do grupo de intervenção, o que parece evidenciar os resultados positivos de custo-efetividade de um modelo de prática centrado no utente (Vries et al., 2016). Em contrapartida, no estudo de Lawford e colaboradores (2021), com uma intervenção via telefone para utentes com gonartrose, os resultados não foram tão satisfatórios. As associações entre a aliança terapêutica percecionada pelo utente e pelo fisioterapeuta com os resultados de interesse (por exemplo, medo do movimento e intensidade da dor) não foram na sua maioria estatisticamente significativas, principalmente a longo prazo. O uso de um instrumento não adaptado para a fisioterapia e o uso exclusivo de instrumentos autoreportados para mensurar os resultados de interesse foram apontados como limitações (Lawford et al., 2021).

O estudo desenvolvido por Ferreira e colaboradores (2013) ilustra também um exemplo, no qual são apresentados resultados contraditórios. Neste estudo randomizado controlado foram investigadas as

capacidades preditivas da aliança terapêutica na dor, funcionalidade, incapacidade e percepção global de melhoria em utentes com lombalgia crónica. Os participantes do estudo (n=182) completaram um programa de fisioterapia de 8 semanas, tendo sido randomizados pelos grupos de exercício geral (n=59), controlo motor (n=61) e terapia manipulativa (N=62). A aliança terapêutica foi um preditor para todos os resultados de interesse em estudo. Por exemplo, por cada aumento adicional de uma unidade na pontuação do *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI), verificou-se uma redução de 0,044 unidades na Escala Visual Analógica (EVA) ($p=0,001$). Contudo, relativamente à resposta ao tratamento, a aliança terapêutica apenas moderou o efeito do tratamento na percepção global de melhoria para duas de três comparações (Ferreira et al., 2013).

A análise do impacto e da efetividade da aliança ou da relação terapêutica no contexto da prática centrada na pessoa deve ter em consideração: a variabilidade de abordagens utilizadas para promover a aliança ou a relação terapêutica; o uso intercambiável de conceitos; a variabilidade de instrumentos para medir os resultados de interesse; a utilização de instrumentos não validados para a fisioterapia; a variabilidade nos momentos de recolha de dados; e, o número limitado de estudos incluídos em revisões sistemáticas e o elevado risco de viés. Por exemplo, Kinney e colaboradores (2018) realizaram uma revisão sistemática para avaliar o impacto da aliança terapêutica em indivíduos com dor musculoesquelética na qual foram incluídos apenas três estudos, dos quais dois (Cheing et al., 2014; Ferreira et al., 2013) tinham alto risco de viés (Kinney et al., 2018). Quanto aos instrumentos utilizados, a aliança terapêutica foi mensurada através de uma subescala do *Pain Rehabilitation Expectations Scale* (Cheing et al., 2014; Fuentes et al., 2014) ou da WATOCI (Ferreira et al., 2013), e a intensidade da dor foi avaliada pela EVA (Cheing et al., 2014; Ferreira et al., 2013) ou pela Escala Numérica da Dor (Fuentes et al., 2014). Para além disso, nos estudos incluídos foram utilizadas diferentes abordagens para promover a construção da aliança terapêutica (Kinney et al., 2018).

Toma-se ainda como exemplo a revisão sistemática de Lakke e Meerman (2016) que teve como objetivo avaliar a influência da aliança terapêutica sobre a dor e a função física, em utentes com dor crónica musculoesquelética (Lakke & Meerman, 2016). Nesta revisão foram incluídos cinco estudos, nos quais foram utilizados quatro instrumentos diferentes para mensurar a aliança terapêutica. Os momentos de aplicação dos instrumentos variaram entre a primeira sessão (Fuentes et al., 2014), segunda sessão (Ferreira et al., 2013), oito dias após o início do tratamento (Higdon, 1997), cinco semanas após o início do tratamento (Bliss, 2009) e final do tratamento (Farin et al., 2013). Realça-se ainda uma revisão sistemática onde foram incluídos seis estudos, nos quais foram utilizados quatro instrumentos diferentes, nenhum com validação para a área da fisioterapia (Hall et al., 2010).

As lacunas dos estudos relativos à efetividade da aliança e da relação terapêutica em fisioterapia, em particular, a qualidade e a variabilidade metodológica, limitam a comparação e a generalização dos resultados, com o consequente comprometimento da tomada de decisão. Apesar dos resultados não serem totalmente concordantes, a investigação aponta que esta relação impacta positivamente em múltiplos desfechos de interesse na área da fisioterapia em condições musculoesqueléticas. Por consequência é importante identificar quais são os fatores que influenciam a sua construção.

1.6. Barreiras e facilitadores para a construção da relação terapêutica

Os estudos qualitativos desenvolvidos por Morera-Balaguer e colaboradores (2018, 2019) permitiram identificar as barreiras e os facilitadores, associados aos fisioterapeutas, aos utentes e ao contexto, que influenciam a construção da relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia, do ponto de vista dos utentes e dos fisioterapeutas (Morera-Balaguer et al., 2018, 2019).

De acordo com a perspetiva dos utentes, as principais **barreiras associadas aos fisioterapeutas** foram, por um lado, ter uma atitude negativa em relação ao processo de recuperação, e, por outro lado, mostrar insegurança ou falta de autoconfiança. A expressão verbal inapropriada e a falta de sensibilidade às mudanças no estado do utente foram também identificadas. Por sua vez, na perspetiva dos fisioterapeutas, as barreiras foram associadas às características pessoais, interação interpessoal e capacidade comunicativa. Relativamente à interação interpessoal, os fisioterapeutas reportaram que o excesso de confiança e ser excessivamente familiar dificulta a interação. Adicionalmente, a falta de competência para transmitir más notícias foi identificada por ambos como uma barreira. Quanto aos **facilitadores associados aos fisioterapeutas**, os utentes reportaram os seguintes fatores: características pessoais, como empatia; abordagem amigável e confiança; escuta ativa; sensibilidade à mudança; capacidade de ajustar as expectativas dos utentes; suporte e tomada de decisão partilhada. Por sua vez, os fisioterapeutas realçaram como facilitadores: idade, com idades mais velhas a proporcionar uma perceção de maior experiência profissional; capacidade de providenciar informação; e os resultados de tratamento positivos. Em adição, foram também relevadas as características pessoais dos fisioterapeutas (Morera-Balaguer et al., 2018, 2019).

Em relação às **barreiras associadas aos utentes**, tanto os fisioterapeutas como os utentes mencionaram as expectativas inadequadas em relação ao resultado do tratamento. Para além disso, os utentes reportaram a falta de afinidade com o fisioterapeuta. Os grupos focais dos fisioterapeutas foram mais exaustivos, tendo ainda mencionado as seguintes barreiras: dependência e baixa perceção de autoeficácia do utente; comportamentos inadequados dos utentes e/ou familiares; preconceitos em relação ao fisioterapeuta; e, a presença de interesses. Quanto aos **facilitadores**

associados aos utentes foram identificadas em exclusivo e respetivamente pelos utentes e pelos fisioterapeutas, a afinidade entre ambos e as expectativas apropriadas quanto ao tratamento e à progressão, indo ao encontro das barreiras já expostas (Morera-Balaguer et al., 2018, 2019).

Relativamente às **barreiras e aos facilitadores associadas ao contexto**, nos grupos focais de utentes e de fisioterapeutas foram identificados três fatores contextuais: o rácio de utentes por fisioterapeuta; a privacidade do serviço; e, a capacidade de coordenação da equipa. Por sua vez, apenas os utentes reportaram a falta de autonomia do profissional como uma barreira, e os fisioterapeutas mencionaram outros aspetos relacionados com a organização do serviço, como a continuidade e a duração dos tratamentos (Morera-Balaguer et al., 2018, 2019).

Os utentes que participaram nos grupos focais foram selecionados pelos próprios fisioterapeutas que os tratavam (Morera-Balaguer et al., 2019), o que pode condicionar a inclusão de utentes com uma relação terapêutica mais sólida (viés de seleção) (Jager et al., 2017). Ainda assim, os estudos referenciados contribuem de forma significativa para a identificação de fatores que podem influenciar a qualidade da relação terapêutica, indo estes ao encontro dos aspetos da estrutura de prática centrada no utente desenvolvida por Wijma e colaboradores (2017), já apresentada anteriormente.

1.7. Avaliação da relação terapêutica em fisioterapia

A investigação na área da prática centrada na pessoa dedica-se: à definição dos seus componentes (definições); à identificação dos cuidados e atitudes que os utentes valorizam (preferências); à análise da aproximação dos cuidados praticados ao modelo de prática centrada na pessoa (experiências); bem como, à análise dos resultados da sua implementação (resultados). Para tal, os métodos mais utilizados são: questionários dirigidos aos profissionais de saúde e aos utentes; observações dos encontros clínicos; e, análise dos registos clínicos (Silva, 2014). Na revisão de Silva (2014) foram listados mais de 200 instrumentos para mensurar a prática centrada na pessoa, subcomponentes da mesma ou comportamentos que suportam este modelo na área da saúde em geral. Por sua vez, numa revisão sistemática mais recente, foram identificados onze instrumentos para avaliação da prática centrada no utente na perspetiva dos profissionais de saúde, contudo, a maioria dos mesmos representa o envolvimento individual, indireto e reativo do utente, envolvendo questões sobre as pré-condições organizacionais para a prática centrada no utente (Ree et al., 2019).

Em particular na área da fisioterapia, assiste-se ao crescente interesse em compreender a influência da relação terapêutica na experiência de cuidados e resultados clínicos. Neste sentido, têm vindo a ser desenvolvidos, nos últimos 15 anos, vários instrumentos sustentados em diferentes estruturas conceptuais. Os mais utilizados na área da reabilitação têm sido os instrumentos adaptados a partir

do IAT (Horvath & Greenberg, 1989). Para a população portuguesa foram adaptadas a versão completa (Machado & Horvath, 1999) e a versão reduzida e revista deste instrumento (Ramos, 2008). Contudo, o IAT foi construído a partir do modelo tripartido de Bordin (1979), pelo que, avalia o construto da aliança terapêutica no âmbito da psicoterapia. Para aproximar as questões à realidade da fisioterapia, foi desenvolvida uma nova versão, o *Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch Version* (WAI-ReD) (Paap et al., 2019), contudo, a mesma não se encontra adaptada para aplicação em Portugal. Encontra-se ainda disponível para a população portuguesa um instrumento que avalia a centração no utente na área médica, a *Patient-Practitioner Orientation Scale*, não estando adaptado para a área da fisioterapia (Grilo et al., 2018; Krupat et al., 2000).

Mais recentemente foram desenvolvidos dois instrumentos para mensurar a relação terapêutica, específicos para a área da fisioterapia, a *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* (RTCP-F) (Rodriguez-Nogueira et al., 2020) e o *Physiotherapy Therapeutic Relationship Measure* (P-TREM) (McCabe, Miciak, Roberts, Sun, Kleiner, et al., 2021). A RTCP-F é o primeiro instrumento desenvolvido para avaliar a relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia e foi originalmente desenvolvido na língua espanhola. Por sua vez, o P-TREM foi construído na língua inglesa. Apesar de partilharem algumas características, o processo de construção metodológica destes dois instrumentos diferiu. Enquanto na RTCP-F participaram indivíduos que tivessem realizado no mínimo 15 sessões de fisioterapia, no P-TREM foram incluídos indivíduos que tivessem recebido três ou mais sessões nos últimos três anos. Adicionalmente, na construção do P-TREM participaram exclusivamente indivíduos com condições musculoesqueléticas, enquanto na RTCP-F não houve limitação aos participantes com um diagnóstico clínico exclusivo desta área de diagnóstico (McCabe, Roberts, et al., 2021; Rodriguez-Nogueira et al., 2020). Em 2021 foi ainda desenvolvido o *Therapeutic Alliance in Physiotherapy Questionnaire-Patients* (CAF-P) com o objetivo de mensurar a aliança terapêutica na fisioterapia (Linares-Fernández et al., 2021).

Globalmente assiste-se a um crescente desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliar a aliança terapêutica (CAF-P) ou a relação terapêutica (RTCP-F ou P-TREM) em fisioterapia, mas estes instrumentos não se encontram validados para a população portuguesa. Assim, os fisioterapeutas portugueses não têm à sua disposição nenhum instrumento que permita mensurar o desenvolvimento da relação estabelecida com o utente, pelo que, se torna premente a construção ou a adaptação de um instrumento para a cultura portuguesa. Apesar de estar validado para a população portuguesa e de ser muito utilizado no âmbito da investigação e da prática clínica na área da saúde, o IAT tem a limitação de avaliar apenas o construto da aliança terapêutica e de ter sido construído noutra área.

À data do início deste estudo, apenas a RTCP-F se encontrava publicada, pelo que, a sua adaptação para português europeu foi considerada como prioritária para responder às lacunas da realidade portuguesa previamente identificadas. A disponibilização deste instrumento para a população portuguesa permitirá que os utentes avaliem, segundo a sua perspetiva única, a relação terapêutica estabelecida (Silva, 2014) e que os fisioterapeutas avaliem objetivamente a construção desta relação (Wijma et al., 2017). Para além disso, possibilitará a avaliação dos resultados (Søndenå et al., 2020) e da qualidade dos serviços prestados em fisioterapia (Cook et al., 2021), bem como, contribuirá para o desenvolvimento de investigação nesta área (Hutting et al., 2021; Tzelepis et al., 2015).

1.8. Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia

A RTCP-F foi originalmente desenvolvida em Espanha com o objetivo de avaliar a relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia. A versão preliminar foi construída num estudo misto conduzido em três fases: constituição dos itens, seleção dos itens e pré-teste do questionário (Nogueira et al., 2020). Na primeira fase foram inicialmente constituídos 215 itens a partir de 7 domínios e 28 subdomínios identificados em estudos qualitativos anteriores, nos quais foram conduzidos grupos focais com fisioterapeutas (Morera-Balaguer et al., 2018) e utentes (Morera-Balaguer et al., 2019). Após revisão dos itens propostos foram identificados 31 itens para 7 domínios [caraterísticas pessoais do profissional (n=6), capacidades comunicativas do profissional (n=6), aspetos profissionais (n=4), aspetos relacionais (n=6), intervenção personalizada (n=2), parceria (n=4) e contexto (n=3)].

Na segunda fase foi conduzida uma pesquisa *Delphi* com três rondas com o objetivo de chegar a um consenso quanto à clareza, coerência e relevância dos itens. Nesta fase participaram 9 indivíduos com experiência profissional e/ou envolvimento em projetos de investigação relacionados com o tema do questionário (Nogueira et al., 2020).

Na terceira fase foi avaliada a validade de conteúdo do instrumento a partir do questionário provisório desenvolvido na fase anterior. A **validade de conteúdo** é o grau com que o conteúdo do instrumento é um reflexo adequado do constructo a ser medido (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010) e deve ser avaliada pela relevância e abrangência dos itens. A relevância dos itens inclui o julgamento relativo ao construto a ser medido, à população do estudo e ao propósito do instrumento. Para a abrangência dos itens deve ser considerada a extensão dos itens, a descrição dos domínios e a fundamentação teórica (Mokkink, Terwee, Knol, et al., 2010). Foram realizadas entrevistas a 55 indivíduos com idade superior a 18 anos, sem dificuldades cognitivas e de compreensão, e que tivessem realizado, no mínimo, 15 sessões de fisioterapia. Esta fase pretendeu: 1) avaliar a compreensão dos itens e das opções de resposta; 2) avaliar a clareza da linguagem; 3) avaliar a adequação e relevância do

conteúdo; 4) rever problemas relacionados com a ordem das perguntas; e, 5) examinar a percepção do comprimento do instrumento. No final deste estudo misto foi disponibilizado um instrumento com 7 domínios, 31 itens e com um formato de resposta *Likert* de 5 pontos (Nogueira et al., 2020).

Posteriormente foi conduzido um estudo com 366 participantes para avaliar as propriedades psicométricas da RTCP-F (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). Os critérios de inclusão para este estudo foram iguais aos critérios definidos na terceira fase do estudo de construção do instrumento (Nogueira et al., 2020). A maioria dos participantes foram do género feminino (59,8%) e apresentaram um diagnóstico do foro ortopédico ou reumatológico (78,5%). Inicialmente, os autores procederam ao estudo da **validade estrutural** do instrumento, que é a propriedade que reflete o grau com que a pontuação de um instrumento é um reflexo adequado da dimensionalidade do construto a ser medido (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010). Os resultados da análise fatorial demonstraram que os dados eram adequados para a análise fatorial exploratória (AFE) [Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) = 0,876; teste de Esfericidade de *Barlett* = $\chi^2 = 2287,511$, $p < 0,001$]. No seguimento desta análise, a estrutura do instrumento foi redimensionada para 15 itens e 4 domínios [vínculo relacional (n=4), parceria individualizada (n=4), capacitação profissional (n=3) e comunicação terapêutica (n=4)].

O formato de resposta varia entre concordo totalmente (5 pontos) e discordo totalmente (1 ponto) para os itens dos domínios do vínculo relacional e parceria individualizada, e assume uma ordem invertida (discordo totalmente a concordo totalmente) para os restantes itens. A pontuação de cada domínio resulta do somatório das pontuações de cada item, podendo variar entre 4 e 20 pontos para os domínios do vínculo relacional, parceria individualizada e comunicação terapêutica, e entre 3 e 15 pontos para o domínio da capacitação profissional. Para a escala total, a pontuação resulta da soma das pontuações dos domínios, pelo que pode assumir uma pontuação entre 15 e 75 pontos.

A **consistência interna** é definida como a inter-relação dos itens de um instrumento de medida. O painel de *Delphi* envolvido na construção da *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* (COSMIN) *checklist* chegou ao consenso de que a estatística da consistência interna só tem um significado interpretável quando: (1) o inter-relacionamento entre os itens é determinado a partir de um conjunto de itens que no seu conjunto formam um modelo reflexivo; e, (2) todos os itens avaliam o mesmo construto, isto é, formam uma subescala unidimensional (Mokkink, Terwee, Knol, et al., 2010). A RTCP-F possui propriedades adequadas de consistência interna para a escala total [α de *Cronbach* (α) = 0,884]] e para todos os domínios, o do vínculo relacional (α de *Cronbach* = 0,907), da parceria individualizada (α de *Cronbach* = 0,861), da

capacitação profissional (α de *Cronbach* = 0,915) e da comunicação terapêutica (α de *Cronbach* = 0,902) (Rodriguez-Nogueira et al., 2020).

A **fiabilidade teste-reteste** foi avaliada em 36 participantes, sendo que o intervalo adotado foi de duas a três semanas após o primeiro momento de avaliação. Esta propriedade reflete a extensão com que as pontuações para as mesmas pessoas em medições repetidas se mantêm estáveis ao longo do tempo (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010). A RTCP-F apresenta valores adequados de fiabilidade teste-reteste, tanto para a escala total [Coeficiente de correlação intraclassa (CCI)=0,900; IC (intervalo de confiança) 95%: 0,846-0,941)], como para os domínios do vínculo relacional (CCI=0,928; IC95%: 0,886-0,959), da parceria individualizada (CCI=0,853; IC95%: 0,768-0,916), da capacitação profissional (CCI=0,875; IC95%: 0,797-0,929) e da comunicação terapêutica (CCI=0,907; IC95%: 0,853-0,947) (Rodriguez-Nogueira et al., 2020).

1.9. Objetivos do estudo

A implementação de uma prática centrada na pessoa é considerada uma prioridade para a reorganização dos cuidados de saúde (Institute of Medicine, 2001), pelo potencial valor acrescentado aos cuidados prestados (Cook et al., 2021; Holmes et al., 2022; Sønden et al., 2020). Um dos elementos fundamentais é o desenvolvimento de uma relação terapêutica centrada na pessoa (Hutting et al., 2021; Wijma et al., 2017). Assim, importa capacitar os fisioterapeutas portugueses com uma ferramenta para que se consiga avaliar o desenvolvimento da relação terapêutica no contexto da prática centrada na pessoa. Neste sentido, este estudo teve como objetivos: (1) realizar a adaptação cultural da RTCP-F para português europeu (para uso em Portugal) e (2) contribuir para a validação da versão portuguesa da RTCP-F (RTCP-F-VP), através do estudo da validade estrutural e da fiabilidade (consistência interna e fiabilidade teste-reteste), em indivíduos com condições musculoesqueléticas em cuidados de fisioterapia.

2. Metodologia

Face aos objetivos realizou-se um estudo com duas fases: na fase 1 procedeu-se à adaptação cultural da RTCP-F para português europeu e na fase 2 foi estudada a validade estrutural e a fiabilidade (consistência interna e fiabilidade teste-reteste) da RTCP-F-VP. Este estudo recebeu aprovação da Comissão Especializada de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (CEEI - ESS/IPS) (Parecer 81/CP/2021) (**anexo 1**), da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) (**anexo 2**) e da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) (**anexo 3**)

2.1. Fase 1: Adaptação cultural

Nesta fase realizou-se um estudo metodológico de adaptação cultural seguindo as diretrizes disponíveis (Beaton et al., 2000; J. Epstein et al., 2015; Gjersing et al., 2010; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005). De acordo com as referidas diretrizes, o processo de adaptação cultural do instrumento para português europeu desenvolveu-se em sete etapas consecutivas.

2.1.1. Tradução para português europeu

Esta etapa iniciou-se após ter sido requerida e rececionada a autorização do autor principal da versão original da RTCP-F. Foram produzidas duas traduções do instrumento da língua original (espanhola) para o idioma de destino (português) por duas tradutoras independentes e bilingues, e cuja língua materna era o idioma português (Beaton et al., 2000; Gjersing et al., 2010; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005). Para além disso, cada uma das tradutoras produziu um relatório escrito relativo à tradução realizada. As tradutoras tinham diferentes perfis e conhecimento dos conceitos incluídos no instrumento. Uma das tradutoras tinha conhecimento dos conceitos a serem avaliados no questionário (prática centrada na pessoa e relação terapêutica), por ser fisioterapeuta, para que a sua tradução promovesse uma equivalência de uma perspetiva clínica. A outra tradutora não tinha conhecimento relativo aos conceitos avaliados nem envolvimento na área da saúde, o que permitiu obter uma versão traduzida que se aproximasse da linguagem utilizada pela população (Beaton et al., 2000).

2.1.2. Síntese da tradução

Nesta etapa foi produzida a versão síntese traduzida do instrumento, após discussão e consenso por um painel de quatro elementos, independentes dos tradutores envolvidos na primeira etapa. Este

painel foi constituído pela equipa de investigação, nomeadamente, dois estudantes integrados na equipa e duas orientadoras científicas. A acompanhar a versão síntese da tradução foi produzido um relatório escrito que documentou o processo de síntese, cada uma das questões abordadas e como foram resolvidas (Beaton et al., 2000; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005).

2.1.3. Retroversão

Nesta etapa foram recrutados dois tradutores bilingues, cegos para a finalidade da tradução e em relação à versão original, sem conhecimento sobre os conceitos explorados (prática centrada na pessoa e relação terapêutica em fisioterapia) e cuja língua materna era o idioma espanhol. Estes tradutores realizaram duas retroversões independentes do instrumento para o idioma original, a partir da versão síntese desenvolvida na etapa anterior (Gjersing et al., 2010; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005). Esta etapa permitiu avaliar se a tradução era consistente, destacando inconsistências ou erros conceptuais no processo (Beaton et al., 2000).

2.1.4. Síntese da retroversão

Nesta etapa foi produzida a versão síntese da retroversão do instrumento e um relatório escrito após discussão e consenso entre a equipa de investigação, processo este similar ao realizado na segunda etapa (síntese da tradução) (Beaton et al., 2000; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005). No final desta etapa foram enviadas as versões síntese da tradução e retroversão aos autores originais do instrumento, solicitando-se que os mesmos fizessem um comentário geral ao processo e analisassem se a versão retraduzida mantinha equivalência em relação à original. Os comentários dos autores foram registados no documento para análise do painel de peritos, correspondendo à etapa seguinte.

2.1.5. Validação por comité de peritos

O painel de peritos foi constituído por 7 elementos: 1 perito em linguística, 2 peritos em fisioterapia musculoesquelética, dos quais, 1 era igualmente perito em comunicação clínica, e os 4 tradutores envolvidos no processo de tradução e retroversão. A função do painel foi rever e consolidar as versões síntese da tradução e retroversão do questionário, pela avaliação da equivalência entre a versão original e a versão destino em quatro áreas: semântica, idiomática, experiencial e conceptual. No final do processo foi desenvolvida uma versão pré-final portuguesa do instrumento, tendo-se mantido um contacto próximo com os autores originais do instrumento durante esta etapa (Beaton et al., 2000; Gjersing et al., 2010; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005).

2.1.6. Estudo piloto

O estudo piloto teve como finalidade avaliar a clareza, compreensão, relevância cultural e adequação das palavras utilizadas, na versão pré-final portuguesa do instrumento desenvolvida na fase anterior, de forma a averiguar a validade de conteúdo do instrumento. Nesta etapa foram recrutados 44 participantes. Atendendo que não existiram problemas relevantes na compreensão e aceitabilidade do questionário, não houve a necessidade de realização de entrevistas (*cognitive debriefing*) (Beaton et al., 2000; Gjersing et al., 2010; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005).

Os participantes foram recrutados no Hospital Amato Lusitano - ULSCB e no Trofa Saúde Hospital – Unidade da Amadora, após respetivas autorizações. Os fisioterapeutas que se encontravam a exercer nestes locais foram convidados a colaborar no estudo, tendo ficado encarregues de identificar e convidar os indivíduos, de acordo com os critérios de elegibilidade. Os participantes do estudo piloto foram selecionados de acordo com os seguintes **critérios de inclusão**: **(1)** idade superior a 18 anos; **(2)** ter realizado, no mínimo, 3 sessões de tratamento de fisioterapia¹; **(3)** saber ler e escrever em português, dado que a condição de analfabetismo impossibilita o preenchimento dos questionários; **(4)** diagnóstico clínico de condição musculoesquelética². Tomaram-se como **critérios de exclusão**: **(1)** diagnóstico clínico do foro cardiorrespiratório, neuromuscular, metabólico, génito-urinário e reprodutivo, tegumentário, saúde mental ou vestibular; **(2)** presença de sinais ou sintomas associados a patologia grave que contraindique a prática da fisioterapia³.

¹ A aplicação de instrumentos para avaliar as componentes da prática centrada na pessoa pode ocorrer durante ou no final do programa de fisioterapia (Silva, 2014), sendo que, na versão original do instrumento o número mínimo de sessões era 15 (Nogueira et al., 2020). Todavia, neste estudo foi adotado o critério das 3 sessões após discussão com os autores originais. Este critério foi adotado em concordância com o critério do estudo do WAI-ReD (Paap et al., 2019);

² Incluem-se as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, Décima Primeira Revisão (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2022a). Estas doenças incluem as artropatias, condições associadas com a coluna vertebral, transtornos dos tecidos moles, osteopatias ou condropatias, deformidades adquiridas do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo não classificadas noutra parte, distúrbios pós-procedimento do sistema musculoesquelético ou outras doenças especificadas do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo;

³ Patologias graves (sinais ou sintomas associados): **neoplasia** (história anterior de cancro, perda de peso inexplicável, dor noturna e idade > 50 anos); **infecção** (febre, uso de terapêutica intravenosa e infecção recente); **fratura osteoporótica** (osteoporose, uso prolongado de corticosteroides, história de trauma menor e idade > 65 anos nas mulheres e > 75 anos nos homens); **artrite inflamatória** (rigidez matinal prolongada e tumefação de múltiplas articulações); **fratura ou luxação não reduzida** (trauma significativo, convulsão, dor aguda e incapacitante, perda súbita da mobilidade e deformidade ou perda do contorno ósseo normal); **patologia visceral** (dor não produzida com o stress mecânico da articulação, dor ou sintomas com o esforço físico ou dificuldade respiratória e dor associada a sintomas gastrointestinais); e, **compressão radicular / medular** (rigidez vertebral, dor e fraqueza nos membros superiores ou inferiores, atrofia dos membros, hiper-reflexia e marcha espástica) (Canada et al., 2017; Côté et al., 2016; Finucane et al., 2020; McClure & Michener, 2015).

Os cadernos de instrumentos foram codificados de forma a salvaguardar o anonimato dos participantes. O procedimento de recolha de dados iniciou-se com a entrega da carta explicativa do estudo. Na sessão subsequente, os indivíduos que aceitaram participar no estudo procederam à assinatura do consentimento informado e ao preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (descrito na subsecção 2.2.3.1.), da versão pré-final portuguesa da RTCP-F e do questionário para avaliação da clareza, compreensão, relevância cultural e adequação das palavras utilizadas (**apêndice A**). Após o preenchimento, os questionários foram entregues ao fisioterapeuta. Os questionários foram armazenados pelos investigadores em local seguro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a impedir o acesso a outras pessoas. Os questionários serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

2.1.7. Auditoria final

Nesta última etapa foi feita a revisão do processo de adaptação cultural do instrumento pelos autores originais. Este procedimento visou minimizar o risco de viés na adaptação do instrumento e averiguar a equivalência entre a versão original e a nova versão do instrumento (Wild et al., 2005).

2.2. Fase 2: Avaliação das propriedades psicométricas

Nesta fase realizou-se um estudo longitudinal com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas de validade estrutural, consistência interna e fiabilidade teste-reteste da RTCP-F-VP.

2.2.1. Participantes

Os participantes foram selecionados pelo tipo de amostragem não probabilística de conveniência, por um período de cinco meses (março a julho de 2022). Nesta fase, o recrutamento dos participantes foi realizado no Hospital Amato Lusitano - ULSCB e no Trofa Saúde Hospital – Unidade da Amadora, com a adição do Hospital Dr. José Maria Grande - ULSNA. Os critérios de elegibilidade dos participantes para esta fase foram os mesmos do estudo piloto da fase 1 (subsecção 2.1.6).

Para o cálculo do tamanho amostral foram seguidas as recomendações do COSMIN (Mokkink et al., 2018; Vet et al., 2011). Para a realização da análise fatorial exploratória foi considerado um mínimo de 105 participantes, atendendo que é recomendada a inclusão de sete participantes por item do instrumento, com um mínimo de 100 participantes. Para o estudo da consistência interna e da fiabilidade teste-reteste é recomendado um mínimo de 100 e 50 participantes, respetivamente.

2.2.2. Propriedades psicométricas

O procedimento de avaliação das propriedades psicométricas da RTCP-F-VP foi o seguinte:

1. Analisou-se a validade estrutural através da AFE pelo método de componentes principais. Optou-se pela AFE uma vez que este é o primeiro estudo de validação do instrumento para outra cultura que não a original (Marôco, 2021; Mokkink et al., 2018; Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010);
2. Estimou-se a consistência interna através do *alpha* de Cronbach e, adicionalmente, com a avaliação da correlação item a item e item-total (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010);
3. Realizou-se a análise da fiabilidade teste-reteste com recurso à estimativa do CCI do tipo 2,1 (CCI_{2,1}). Adicionalmente, analisou-se a fiabilidade teste-reteste de cada item individualmente através do coeficiente de Kappa ponderado com função quadrática (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010). De seguida procedeu-se à realização de uma análise de sensibilidade com restrição do número de participantes (Vet et al., 2011) pelo método *one-factor-at-a-time* (OFAT) (Ferretti et al., 2016), para investigar a influência de fatores específicos no CCI_{2,1}:
 1. Vários estudos sugerem que o formato das opções de resposta e o viés associado ao preenchimento de instrumentos autoreportados podem influenciar a fiabilidade teste-reteste (Chang et al., 2019; Dowling et al., 2016; Kreitchmann et al., 2019; Robie et al., 2022; Suárez-Alvarez et al., 2018). Adicionalmente, o domínio da “capacitação profissional e comunicação terapêutica” da RTCP-F-VP, que engloba as questões com as opções de resposta invertida (Rodríguez-Nogueira et al., 2020), apresentou o CCI_{2,1} mais reduzido. Assim, procedeu-se à análise 1 para se averiguar a influência da inversão das opções de resposta e do viés associado à seleção de respostas mecanizada deste domínio no CCI_{2,1};
 2. A complexidade associada ao construto de relação terapêutica poderá justificar uma necessidade temporal prolongada para a construção de uma relação terapêutica estável (McCabe, Miciak, et al., 2021; Miciak et al., 2018a, 2018b). Adicionalmente, o critério de inclusão de 3 sessões deste estudo diferiu do critério de 15 sessões do estudo original (Rodríguez-Nogueira et al., 2020). Assim, procedeu-se à análise 2 para se averiguar a influência temporal do número de sessões no CCI_{2,1};
 3. Procedeu-se à análise 3 para se investigar a influência combinada dos fatores específicos das análise 1 (opções e viés de resposta) e 2 (número de sessões) no CCI_{2,1}.

2.2.3. Instrumentos de medida

Os instrumentos de medida utilizados nesta fase foram o **questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (apêndice A)** e a versão portuguesa da **RTCP-F (apêndice A)**.

O **questionário de caracterização sociodemográfica e clínica** foi construído a partir da informação recolhida nos estudos originais de construção (Nogueira et al., 2020) e avaliação das propriedades psicométricas da RTCP-F (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). Este engloba duas secções para recolha de dados sociodemográficos (idade, género, peso, altura, estado civil, habilitações literárias e situação profissional) e clínicos (diagnóstico clínico, região anatómica de diagnóstico, medicação, absenteísmo, baixa remunerada, setor de fisioterapia, frequência semanal, número e duração média das sessões de fisioterapia).

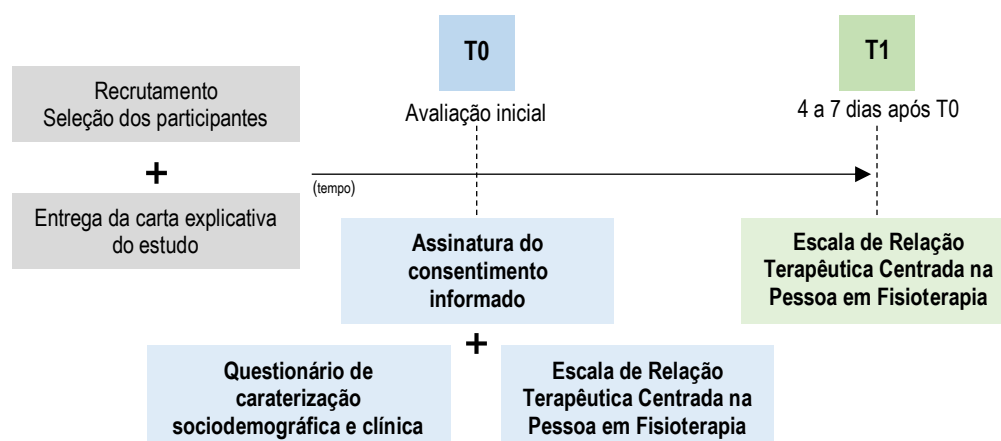
A **RTCP-F** é um instrumento autoreportado que visa avaliar a relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia. Este instrumento apresenta 15 itens e 4 domínios [vínculo relacional (n=4), parceria individualizada (n=4), capacitação profissional (n=3) e comunicação terapêutica (n=4)], e a sua pontuação varia entre 15 e 75 pontos. O processo de construção do instrumento (Nogueira et al., 2020) e os resultados detalhados das suas propriedades psicométricas (Rodriguez-Nogueira et al., 2020) encontram-se descritos na secção 1.8. do capítulo introdutório.

2.2.4. Procedimento de recolha de dados

O processo de codificação dos cadernos de instrumentos foi idêntico ao realizado no estudo piloto da fase 1. O procedimento de recolha de dados iniciou-se com a transmissão do propósito do estudo e a entrega da carta explicativa do estudo. Na sessão subsequente, os indivíduos que aceitaram participar procederam à assinatura do consentimento informado. Foi solicitado o preenchimento do caderno de instrumentos em dois momentos distintos (T0: após ter cumprido 3 sessões de fisioterapia; T1: 4 a 7 dias após⁴). Ao contrário do que tinha sido feito na fase 1, nesta fase os participantes não devolveram o caderno de instrumentos preenchido aos fisioterapeutas. Em alternativa, foi solicitado aos participantes que depositassem o caderno de instrumentos numa urna cerrada, por sugestão dos autores originais do instrumento, minimizando o viés de desejabilidade social (Chang et al., 2019) e garantindo o anonimato dos participantes. Este procedimento encontra-se ilustrado na **figura 1**.

⁴ Neste estudo foi adotado o intervalo de 4 a 7 dias, ao invés do intervalo de 2 a 3 semanas como no estudo original, para diminuir a possibilidade de uma mudança no construto medido (Mokkink et al., 2020). Esta decisão foi tomada em conjunto com os autores originais da RTCP-F.

Figura 1. Procedimento de recolha de dados da fase 2.



2.2.5. Análise estatística

A análise estatística foi realizada através da versão 25 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para o sistema operativo macOS Mojave. Consideraram-se valores de $p < 0,05$ indicativos de significância estatística.

A **caraterização dos participantes** foi realizada por meio de estatística descritiva, nomeadamente, através do cálculo de frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas, e através de medidas de localização central (média), de localização relativa (mínimo e máximo) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis quantitativas (Marôco, 2021).

Para se analisar a **validade estrutural** do instrumento recorreu-se à AFE com recurso ao método de componentes principais (Marôco, 2021; Mokkink et al., 2018):

- Inicialmente foi construída a tabela da estatística descritiva das variáveis seguida da obtenção da matriz de correlação entre as variáveis e os *p-value*;
- Posteriormente foram realizados os testes estatísticos de KMO e de Esfericidade de *Barlett* para se avaliar a qualidade das correlações entre as variáveis e prosseguir-se com a análise fatorial. Estes testes permitiram avaliar, respetivamente, a homogeneidade das variáveis e a adequação geral da matriz de correlações. Relativamente ao teste de KMO, considerou-se que a recomendação face à análise fatorial seria: inaceitável se $\leq 0,5$; má, mas ainda aceitável se $]0,5; 0,6]$; medíocre se $]0,6; 0,7]$; média se $]0,7; 0,8]$; boa se $]0,8; 0,9]$; e, excelente se $]0,9; 1,0]$. Quanto ao teste de Esfericidade de *Barlett*, considerou-se que as variáveis estariam correlacionadas significativamente se o $p < 0,001$ (Marôco, 2021);
- Para se avaliar a adequação da AFE foram ainda construídas as matrizes de anti-imagem para as correlações. Nestas matrizes foram analisados os valores da diagonal principal (medida

de adequação de amostragem). Considerou-se que valores inferiores a 0,5 indicariam que essa variável não se ajustava à estrutura definida pelas outras variáveis e, nesse caso, devia-se considerar a sua eliminação da AFE (Marôco, 2021);

- De seguida foi calculada a percentagem da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns extraídos (comunalidade). Assumiu-se que uma percentagem superior a 50% para todas as variáveis era um bom indicador da forma como cada variável era adequadamente explicada pela solução fatorial (Marôco, 2021);
- Subsequentemente procedeu-se à extração dos fatores que explicavam a estrutura correlacional das variáveis através do critério de *Kaiser*, da variância extraída por cada fator e total, e do critério do *Scree plot*. De acordo com o critério de *Kaiser*, os fatores a ser retidos devem explicar mais informação do que a variância estandardizada de cada variável original, assumindo valores próprios superiores a 1. Por sua vez, os fatores devem extrair pelo menos 5% da variância total e devem ser retidos um número mínimo de fatores de forma a explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais. De acordo com o critério do *Scree plot*, a partir da representação gráfica dos fatores e dos respetivos valores próprios, devem ser retidos os fatores até aquele em que se observa a inflexão da curva. A utilização conjunta destas regras foi utilizada para decidir qual o número apropriado de fatores do fenómeno em estudo (Marôco, 2021);
- De seguida foi construída a matriz dos componentes para se interpretar a solução fatorial. Como a solução encontrada não foi interpretável, na medida em que os pesos fatoriais das variáveis nos fatores comuns não possibilitaram a atribuição de um significado empírico aos fatores extraídos, procedeu-se à rotação dos fatores através do método *Varimax* para uma maior definição dos fatores e facilidade de interpretação. O valor crítico para se determinar se o peso fatorial era considerado significativo foi calculado através da equação recomendada por Norman e Streiner [$5,152 \div \sqrt{(n - 2)}$], em que o n corresponde ao número de participantes (Norman & Streiner, 2008). Após a análise dos pesos fatoriais de cada item e a sua distribuição pelos fatores retidos determinou-se a estrutura fatorial da RTCP-F-VP (Marôco, 2021; Mokkink et al., 2018).

Para se estimar a **consistência interna** recorreu-se ao coeficiente *alpha* de *Cronbach*, considerando-se adequado um valor entre 0,70 e 0,95. Adicionalmente foi feita a correlação entre itens e item-total. Para a correlação entre itens considerou-se adequado um valor entre 0,2 e 0,5, e em caso de ser superior a 0,7 era indicativo de que os itens partilhavam uma parte em comum muito forte e que tinham pouca especificidade. Para a correlação item-total considerou-se adequado um valor superior a 0,3 (Mokkink, Terwee, Knol, et al., 2010; Vet et al., 2011).

Para a análise da **fiabilidade teste-reteste** foram seguidos os seguintes passos (Gravesande et al., 2019; Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010; Vet et al., 2011):

- Construiu-se uma tabela com a estatística descrita das pontuações totais e de cada domínio da RTCP-F-VP em T0 e em T1;
- De seguida foi estimada a fiabilidade teste-reteste com recurso à estimativa do CCI. Foi utilizado o tipo 2,1 (*two-way random effects*, medidas únicas), uma vez que cada participante era representativo de uma população maior e a fiabilidade foi calculada a partir de uma única medição em cada momento. Considerou-se adequado um valor de $CCI_{2,1}$ superior a 0,7 (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010; Vet et al., 2011);
- Posteriormente analisou-se a fiabilidade item-item através do coeficiente de correlação de *Kappa* ponderado com a função quadrática, uma vez que as variáveis eram ordinais. Este coeficiente foi interpretado segundo o método de Fleiss, no qual: um valor inferior a 0,4 é considerado pobre; entre 0,4 e 0,75 é bom; e, superior a 0,75 é excelente (Fleiss, 1981);
- Para se investigar a influência de determinados fatores específicos no $CCI_{2,1}$ procedeu-se à realização de uma análise de sensibilidade com restrição do número de participantes (Vet et al., 2011) pelo método *one-factor-at-a-time* (OFAT) (Ferretti et al., 2016):
 - Na análise 1 foram excluídos os participantes com pontuações discrepantes (*outliers*) nas questões do domínio da “capacitação profissional e comunicação terapêutica” (questões 9 a 15). A exclusão requereu a consideração simultânea do participante como *outlier* através do método da regra da amplitude interquartilica (AIQ) (Tukey, 1977) e do método de visualização gráfica dos pontos nos diagramas de extremos e quartis (Dawson, 2011). A amplitude interquartilica (AIQ) consiste na diferença entre o 3º e o 1º quartil e, de acordo com Tukey (1977), devem ser considerados *outliers* os valores superiores a “3º quartil + 1,5 x AIQ” ou inferiores a “1º quartil - 1,5 x AIQ”. Segundo o método de visualização gráfica dos pontos nos diagramas, considerou-se como *outlier* o ponto mais afastado da mediana (Berger & Kiefer, 2021; Dawson, 2011; Gravesande et al., 2019).
 - Na análise 2 foram excluídos os participantes que tivessem realizado menos do que 15 sessões, o critério do estudo original (Rodriguez-Nogueira et al., 2020);
 - Na análise 3 foram excluídos os participantes com pontuações discrepantes nas questões 9 a 15 (análise 1) e os participantes que tivessem realizado menos do que 15 sessões (análise 2).

3. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados de cada uma das fases do estudo. A primeira secção diz respeito à fase 1, onde se encontram reportados os resultados das etapas do processo de adaptação cultural da RTCP-F para português europeu. Na segunda secção encontram-se descritos os resultados da avaliação das propriedades psicométricas da RTCP-F-VP, correspondendo à fase 2 do estudo.

3.1. Fase 1: Adaptação cultural

Esta secção encontra-se organizada de acordo com as etapas do processo de adaptação cultural: tradução para português europeu e síntese da tradução; retroversão e síntese da retroversão; validação por comité de peritos; estudo piloto; e, auditoria final. Na **figura 2** encontram-se as etapas e os colaboradores ou participantes envolvidos em cada uma delas.

Figura 2. Etapas do processo de adaptação cultural e colaboradores / participantes envolvidos.

Etapas	Colaboradores / participantes
Tradução	2 tradutores (fisioterapeuta + docente da língua espanhola) + painel de síntese (equipa de 4 investigadores)
Retroversão	2 tradutores (docente do ensino superior e intérprete espanhol-português + jornalista) + painel de síntese (equipa de 4 investigadores)
Comité de peritos	7 peritos (perito em musculoesquelética + perito em musculoesquelética e em comunicação clínica + perito em linguística + 4 tradutores envolvidos na etapa de tradução e de retroversão)
Estudo piloto	44 indivíduos com condições musculoesqueléticas recrutados em dois centros de recrutamento (ULSCB e Trofa Saúde Hospital - Unidade da Amadora)
Auditoria final	Autores principais da RTCP-F

3.1.1. Tradução para português europeu e síntese da tradução

No processo de tradução participaram dois tradutores com diferentes perfis em relação ao conceito em estudo e a equipa de investigação como elementos do painel da versão síntese da tradução (**figura 2**). Aquando da análise das duas versões traduzidas do instrumento verificou-se que não houve nenhuma instrução, pontuação ou item que tivesse sido traduzido estritamente igual por ambos os tradutores. O painel de síntese optou pela conjugação das versões traduzidas pelos tradutores na instrução 4 e nos itens 2, 5, 10, 12, 13 e 15, enquanto nas restantes instruções, pontuações e itens,

optou pela versão do tradutor 2, à exceção das instruções 7 e 11. A opção maioritária pela versão do tradutor 2 deveu-se, por um lado, à utilização da dissidência de género (por exemplo, na instrução 2) e, por outro lado, a uma tradução espanhol-português mais equivalente (por exemplo, na instrução 6) ou que facilitava a compreensão do instrumento (por exemplo, no item 7). Na construção da versão síntese da tradução destaca-se a utilização da dissidência de género (o/a meu/minha) no seguimento do comentário do tradutor 2, o uso da versão do tradutor 2 nas pontuações do instrumento e a tomada de decisão relativamente ao item 1, dado que ambos os tradutores registaram comentários relativamente à tradução deste item (**tabela 1**).

Tabela 1. Tópicos de destaque relativamente ao processo de tradução.

Tópico	Comentário
Dissidência de género	Utilizou-se a dissidência de género (o/a meu/minha) no seguimento do comentário do tradutor 2, na qual referiu que as palavras “mi” e “sus” não têm dissidência de género em espanhol, mas na realidade portuguesa o mesmo não se verifica, destacando ainda que a fisioterapia é uma profissão exercida por ambos os géneros.
Pontuações	Nas pontuações do instrumento optou-se pela versão do tradutor 2 (“Concordo totalmente”, “Concordo”, “Não concordo nem discordo”, “Discordo” e “Discordo totalmente”) dada a utilização de expressões canónicas de instrumentos autoreportados.
Item 1	No item 1 (<i>Creo que mi fisioterapeuta y yo hemos conectado</i> .) ambos os tradutores registaram comentários relativamente à sua tradução (tradutor 1: “Em português não costumamos dizer que conectámos bem com uma pessoa. Seria o que normalmente dizemos “bom feeling”, ou seja, diríamos que simpatizamos um com o outro.”; tradutor 2: “Na primeira questão, a expressão “hemos conectado” foi traduzida para português como “estabelecemos uma boa relação”, uma vez que a expressão usada na versão espanhola se reveste de um maior grau de informalidade, bem aceite na cultura espanhola, mas não recomendada na cultura portuguesa.”). O painel de síntese optou pela versão do tradutor 2 atendendo à justificação apresentada e à utilização da palavra “relação” que remete para o construto que o instrumento pretende avaliar, a relação terapêutica.

No relatório do processo de síntese foram registados comentários, que foram posteriormente apresentados ao painel de peritos, para questionar a possibilidade de alterar termos (instrução 2) e tempos verbais (instrução 3), ou para solicitar sugestões para a utilização de outras expressões para facilitar a compreensão do instrumento (instrução 6 e itens 5, 7, 8, 10, 12, 13 e 15) (**apêndice A**).

3.1.2. Retroversão e síntese da retroversão

No processo de retroversão participaram dois tradutores com desconhecimento do conceito em estudo e a equipa de investigação como elementos do painel da versão síntese da retroversão (**figura 2**). Nesta etapa encontraram-se algumas divergências, na medida em que, apenas as versões retraduzidas das instruções 7 e 11 e da pontuação 3 foram consensuais, pelo que se optou pela versão de ambos os tradutores aquando da realização da versão síntese. Nas instruções 1, 5, 9 e 10,

e nos itens 3 e 7 optou-se pela conjugação de ambas as versões, e nas restantes instruções, pontuações e itens optou-se apenas pela versão de um dos tradutores. Nas situações em que se optou apenas pela versão de um dos tradutores, a maior parte das vezes a escolha incidiu na retroversão do tradutor 2 (16 em 21). Em algumas situações isto verificou-se porque a versão retraduzida era idêntica à original (por exemplo, no item 14), espelhava uma tradução português-espanhol mais equivalente (por exemplo, na instrução 8), mantinha a digitação das palavras em *caps lock* (por exemplo, na instrução 2) ou facilitava a compreensão (por exemplo, no item 9).

Apesar das divergências encontradas, os tradutores não registaram comentários específicos, nem o painel de síntese identificou ambiguidades ou dúvidas específicas a colocar ao painel de peritos. As versões síntese da tradução e retroversão foram posteriormente enviadas para os autores originais e os comentários dos mesmos foram adicionados ao documento do painel de peritos (**apêndice A**).

3.1.3. Validação por comité de peritos

O painel de peritos foi constituído por 7 elementos (**figura 2; tabela 2**) que consideraram que de uma forma geral estava garantida a equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial.

Tabela 2. Caracterização dos elementos do painel de peritos.

Identificação		Profissão / Área de atividade
1	Tradutor 1	Fisioterapeuta
2	Tradutor 2	Docente de espanhol do 3º ciclo do ensino básico e secundário
3	Retradutor 1	Docente do ensino superior / tradutor e intérprete espanhol-português
4	Retradutor 2	Teleoperador especialista de apoio ao cliente (formado em jornalismo)
5	Perito em musculoesquelética (PME)	Fisioterapeuta / Mestre em fisioterapia em condições musculoesqueléticas
6	PME e em comunicação clínica	Fisioterapeuta
7	Perito em linguística	Docente do ensino superior politécnico e linguista

Relativamente aos comentários e sugestões gerais, todos os peritos consideraram que o questionário era claro, fácil de compreender e de responder, que as instruções de preenchimento estavam rigorosamente preenchidas e que não havia nenhum item inapropriado culturalmente.

Particularizando cada secção do instrumento, no que diz respeito às instruções, destaca-se o contributo do perito 7 com a utilização do termo “utente”, a utilização de pontuação final e o uso da neutralidade de género, e a sugestão do perito 1 com a utilização da dissidência do género relativamente ao utente (**tabela 3**). Relativamente às pontuações, os autores originais fizeram uma

consideração relativamente à equivalência entre “*no estoy de acuerdo*” e “*totalmente en desacuerdo*” que foi deixada para análise do painel de peritos. Após análise dos comentários redigidos pelos peritos decidiu-se manter a formulação original da versão síntese da tradução dado que reflete a gradação de concordância canónica desta tipologia de instrumentos (**tabela 3**). Quanto aos itens do questionário, destaca-se o item 1 por ter sido alvo de comentários por ambos os tradutores no processo de tradução (**tabela 1; tabela 3**), na qual foi acrescentada uma consideração feita pelos autores originais. Realça-se ainda o item 5 dado que os autores originais também fizeram uma consideração e este item foi alvo de vários comentários pelos peritos (**tabela 3**) (**apêndice A**).

Tabela 3. Tópicos de destaque relativamente à etapa do comité de peritos.

Tópico	Comentário
Instruções	
Termo “utente”	O perito 7 propôs a utilização do termo “utente” ao invés de “paciente” ou “cliente” na instrução 2, uma vez que, “parece-me que dos três “utente” é o termo mais neutro pois não enfatiza a condição de doença (que “paciente” acaba por ainda ter em parte na linguagem coloquial) nem a condição de relação comercial associada a “cliente” (uma tradução direta do inglês)”.
Pontuação final	O perito 7 sugeriu a utilização de pontuação final nas instruções 2, 3, 4 e 7 em concordância com as restantes instruções numeradas do questionário.
Neutralidade de género	O perito 7 sugeriu modificar-se a tradução da instrução 11 (Muito obrigado pela sua colaboração.) por “Agradecemos a sua colaboração!” atendendo à neutralidade de género.
Dissidência de género	O perito 1 sugeriu que se fizesse a dissidência de género relativamente ao utente na instrução 2 tal como foi feita ao longo do questionário para o fisioterapeuta, tendo sido aceite este contributo pelo painel de análise.
Pontuações	
Manutenção da formulação original da versão síntese da tradução	Os autores originais fizeram uma consideração relativamente à equivalência entre “ <i>no estoy de acuerdo</i> ” e “ <i>totalmente en desacuerdo</i> ”. Após análise, o painel de análise decidiu manter a formulação original da versão síntese da tradução dado que os peritos 1, 4 e 5 não fizeram sugestões, assumindo-se que concordavam com a formulação original, e os peritos 2, 3 e 6 redigiram um comentário a concordar com esta formulação. O perito 7 sugeriu adicionar-se o advérbio “parcialmente” nas pontuações, contudo, após análise, não se aceitou essa sugestão porque a formulação original reflete a gradação de concordância canónica desta tipologia de instrumentos, tal como foi inclusive mencionado por este último perito.
Itens	
Item 1	Os autores originais fizeram uma consideração que dizia respeito à tradução de “ <i>creo</i> ” para “penso” e de “ <i>hemos conectado</i> ” para “estabelecemos uma boa relação”. Os peritos 1 e 6 concordaram com a consideração dos autores, enquanto os peritos 2 e 3 defenderam que se devia manter a formulação original da versão síntese da tradução. O perito 7 realçou a dificuldade em se traduzir a expressão “ <i>hemos conectado</i> ” e apontou a possibilidade de se alterar o verbo para “considero”, tal como no item 4, pelo que após análise se decidiu modificar o verbo para “considero” e manter a formulação construída no processo de tradução (“estabelecemos uma boa relação”).
Item 5	Os autores originais registaram uma consideração porque na versão traduzida se lia “interessa-se por mim” enquanto na versão original era “ <i>se interesa en cómo soy como persona</i> ”. Atendendo aos comentários dos peritos 2, 6 e 7 e em concordância com a consideração dos autores, decidiu-se alterar a formulação original da versão traduzida “interessa-se por mim” para “interessa-se pela minha pessoa”.

3.1.4. Estudo piloto

Nesta fase foram recrutados 44 participantes em dois centros de recrutamento (**figura 2**), dos quais 34 (77,3%) eram do género feminino e a idade média era de 51 ($\pm 14,50$) anos, com uma variação entre os 20 e os 85 anos. Mais de metade dos participantes eram casados (54,5%), e as habilitações literárias predominantes foram o ensino superior (17 participantes) e o ensino primário ou inferior (11 participantes). Quanto à situação profissional, 43,2% encontravam-se a trabalhar, 22,7% estavam incapaz de trabalhar devido ao seu problema e 15,9% eram reformados (**apêndice B**).

Quanto à caracterização clínica, o joelho (14 participantes) e o ombro (13) foram as regiões anatómicas de diagnóstico mais assinaladas. 32 participantes reportaram não tomar medicação para a sua condição e 20 estiveram de baixa remunerada e faltaram ao trabalho no ano anterior. A maioria dos participantes (54,5%) realizava sessões de fisioterapia no setor público, sendo que, 19 participantes tinham 2 sessões por semana, 12 tinham 3 ou 5 vezes por semana, e 1 tinha 1 vez por semana. Em média, já tinham realizado 30 sessões (mínimo de 5 e máximo de 100), e a duração das sessões era igual ou superior a 45 minutos para a maioria dos participantes (93,2%) (**apêndice B**).

Relativamente ao preenchimento da versão pré-final portuguesa da RTCP-F, os participantes apresentaram uma pontuação média total de 70,82 pontos e uma pontuação média de 19,75 pontos para o domínio do vínculo relacional, 19,20 pontos para o domínio da parceria individualizada, 13,18 pontos para o domínio da capacitação profissional e 18,68 pontos para o domínio da comunicação terapêutica. O tempo médio de preenchimento foi de 6 minutos e 34 segundos.

Atendendo aos comentários registados no questionário de opinião geral e particular do instrumento (**apêndice A**), a equipa de investigação considerou que não deviam ser modificadas as instruções, itens ou opções de resposta do instrumento desenvolvido na fase do painel de peritos.

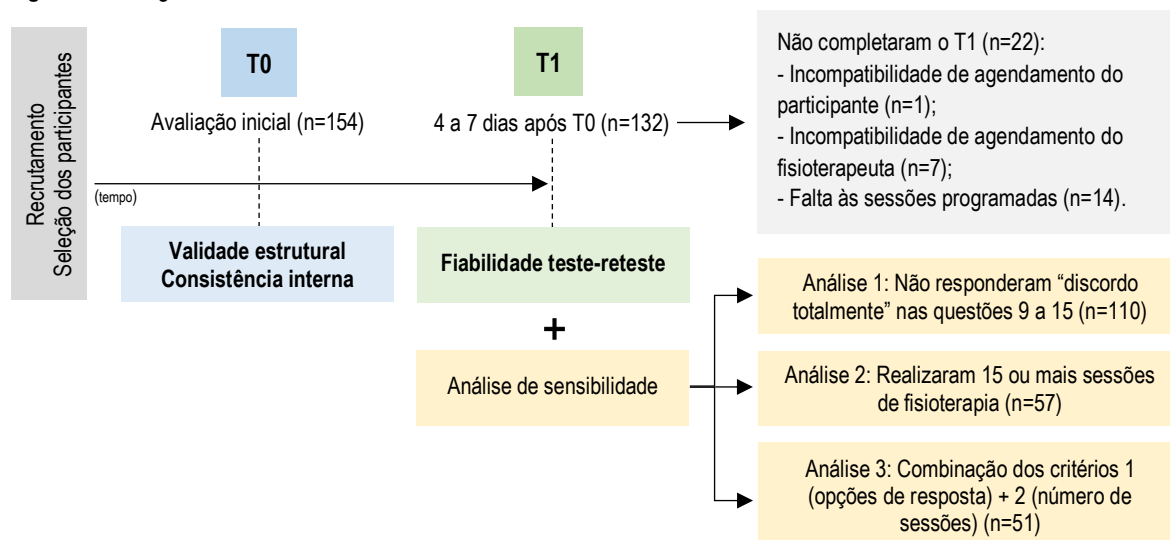
3.1.5. Auditoria final

No seguimento da etapa do estudo piloto foi construído e enviado para os autores principais da versão original do instrumento, o dossier de auditoria final (**apêndice A**), documentando todas as fases do processo de adaptação cultural do instrumento para português europeu (**figura 2**). Esta fase foi concluída com sucesso, uma vez que os autores consideraram a informação do dossier clara, concisa e sistemática, não sugerindo correções metodológicas, considerando-se como versão portuguesa a versão disponibilizada no final da etapa de validação pelo comité de peritos (**apêndice A**).

3.2. Fase 2: Avaliação das propriedades psicométricas

Nesta secção são apresentadas as características dos participantes recrutados nesta fase e os resultados das propriedades psicométricas da RTCP-F-VP. Na **figura 3** está ilustrado o fluxograma dos participantes envolvidos na avaliação de cada uma das propriedades psicométricas em estudo.

Figura 3. Fluxograma da fase 2.



3.2.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Para esta fase foram recrutados 154 participantes em três centros de recrutamento, com uma idade média de 51 ($\pm 12,66$) anos, variando entre os 19 e os 80 anos, sendo constituída por 92 participantes (59,7%) do género feminino. A maioria dos indivíduos eram casados (57,8%) e eram detentores de habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário ou superior completo (68,8%). No que diz respeito à situação profissional, 63% encontravam-se a trabalhar, 16,9% estavam incapaz de trabalhar devido ao seu problema e 14,9% eram reformados (**tabela 4**).

Relativamente à caracterização clínica, o ombro (49 participantes) e o joelho (35) foram as regiões anatómicas de diagnóstico mais assinaladas. A maioria dos participantes não tomava medicação para a sua condição (67,5%), 54 indivíduos estiveram de baixa remunerada e 55 faltaram ao trabalho no ano anterior. A maioria dos participantes (57,7%) realizava sessões de fisioterapia no setor público, sendo que, 52 participantes tinham 2 sessões por semana, 34 tinham 3 sessões semanais e 65 tinham 5 sessões semanais. Em média, já tinham realizado cerca de 18 sessões (mínimo de 3 e máximo de 120), e a duração das sessões era de 30 a 45 minutos para 21 participantes, 45 a 60 minutos para 83 e superior a 60 minutos para 50 (**tabela 4**).

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes da fase 2 (n=154).

Variável	Categorias	Estatística descritiva [n (%)]
Idade [média ± desvio-padrão (mínimo-máximo)]		51,23 ± 12,66 (19-80)
Gênero	Masculino	62 (40,3%)
	Feminino	92 (59,7%)
Estado civil*1	Solteiro	21 (13,6%)
	Casado(a)	89 (57,8%)
	União de facto	24 (15,6%)
	Viúvo(a)	1 (0,6%)
	Divorciado(a)	18 (11,7%)
Habilitações	Ensino primário ou inferior	18 (11,7%)
	Ensino básico completo	30 (19,5%)
	Ensino secundário ou equivalente completo	49 (31,8%)
	Ensino superior completo	57 (37,0%)
Situação profissional	A trabalhar	97 (63,0%)
	Incapaz de trabalhar	26 (16,9%)
	Desempregada(o)	5 (3,2%)
	Reformada(o)	23 (14,9%)
	Doméstica(o)	3 (1,9%)
Região anatómica de diagnóstico	Cervical	15 (9,7%)
	Lombar	33 (21,4%)
	Ombro	49 (31,7%)
	Punho/mão	15 (9,7%)
	Joelho	35 (22,7%)
	Tornozelo/pé	22 (14,3%)
	Outra*2	26 (16,7%)
Medicação	Sim	50 (32,5%)
	Não	104 (67,5%)
Faltas ao trabalho	Sim	55 (35,7%)
	Não	75 (48,7%)
	Não aplicável	24 (15,6%)
Baixa remunerada	Sim	54 (35,1%)
	Não	73 (47,4%)
	Não aplicável	27 (17,5%)
Setor de fisioterapia	Público	75 (57,7%)
	Privado	54 (41,5%)
	Outro	1 (0,8%)
Frequência das sessões	1 vez por semana	1 (0,6%)
	2 vezes por semana	52 (33,8%)
	3 vezes por semana	34 (22,1%)
	4 vezes por semana	2 (1,3%)
	5 vezes por semana	65 (42,2%)
Número de sessões [média ± desvio-padrão (mínimo-máximo)]		18,36 ± 21,65 (3-120)
Duração das sessões	30 a 45 minutos	21 (13,6%)
	45 a 60 minutos	83 (53,9%)
	> 60 minutos	50 (32,5%)

Legenda: Variáveis quantitativas: média ± desvio-padrão (mínimo-máximo); Variáveis qualitativas: frequência absoluta (frequência relativa %);

*1Sem informação relativa ao estado civil do participante B2024, pelo que, o n para a variável estado civil é 153; *2A categoria "outra" inclui as regiões cotovelo, anca e sacroiliaca.

3.2.2. Propriedades psicométricas

3.2.2.1. Validade estrutural

A validade estrutural da RTCP-F-VP foi avaliada através da AFE com extração dos fatores pelo método de componentes principais, com recurso aos dados obtidos na avaliação inicial ($n=154$) (**figura 3**). Ao longo da apresentação dos resultados da AFE, os termos “variáveis” e “itens” correspondem às questões do instrumento e o termo “fatores” é relativo aos domínios do instrumento.

No **apêndice C** encontram-se as tabelas da estatística descritiva das variáveis e as matrizes de correlação entre as variáveis e os p -value. Posteriormente, foram realizados os procedimentos para avaliar a qualidade das correlações entre as variáveis. No teste de KMO obteve-se um valor de 0,862, o que corresponde a uma recomendação boa de homogeneidade das variáveis relativamente à AFE (**tabela 5**). Por sua vez, o teste de Esfericidade de *Barlett* apresentou um $p<0,001$, concluindo-se que as variáveis estavam relacionadas significativamente (**tabela 5**). Apesar dos resultados destes testes parecerem suportar por si só o avanço da AFE, foram ainda tidos em conta os valores das medidas de adequação de amostragem na matriz de anti-imagem para as correlações. Estes valores foram superiores a 0,5, sugerindo que todas as variáveis podiam ser utilizadas (**apêndice C**).

Tabela 5. Teste de Esfericidade de *Barlett* e teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*.

Teste de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>		0,862
Teste de Esfericidade de <i>Barlett</i>	Teste do Qui-quadrado	2287,511
	Graus de liberdade	105
	Nível de significância	0,000

Verificou-se que a comunalidade foi superior a 50% para todas as variáveis, à exceção do item 9, sugerindo que este é o item com menor representatividade pela solução fatorial obtida (**tabela 6**).

Em seguida procedeu-se à extração dos fatores que explicam a estrutura correlacional das variáveis. De acordo com a regra dos valores próprios superiores a 1 (critério de *Kaiser*) devem ser retidos 3 fatores (**tabela 6; apêndice C**). Segundo a regra da variância, existem 3 fatores que explicam cerca de 76% da variabilidade total, cada um dos quais a explicar pelo menos 5% da variância total (**tabela 6; apêndice C**). Por sua vez, o ponto de inflexão da curva no *Scree plot* foi no 4.º fator, pelo que, também sugere a retenção de um número mínimo de 3 fatores (**figura 4**). Pela conjugação do critério de *Kaiser*, da regra da variância e do *Scree plot* decidiu-se a favor da solução de 3 fatores.

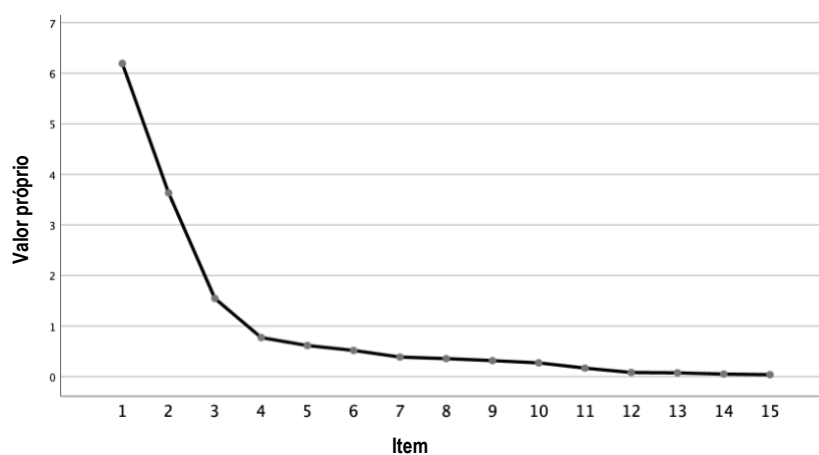
Seguidamente foi construída a matriz dos componentes. Para a interpretação da solução fatorial avançou-se com a rotação dos fatores pelo método *Varimax*. Foi utilizado um valor crítico de 0,42 para determinar se o peso fatorial era considerado significativo, atendendo ao *n* amostral (**tabela 6**).

Tabela 6. Análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais (rotação *Varimax*).

Item	Matriz fatorial após rotação			Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
1	0,070	0,773	0,205	0,644
2	0,049	0,887	0,122	0,803
3	0,091	0,822	0,139	0,703
4	0,097	0,804	0,271	0,729
5	0,079	0,388	0,666	0,601
6	0,085	0,198	0,825	0,726
7	0,038	0,113	0,800	0,655
8	0,035	0,140	0,807	0,671
9	0,597	0,067	0,025	0,361
10	0,888	0,011	0,223	0,838
11	0,959	0,050	0,003	0,923
12	0,964	0,099	- 0,014	0,939
13	0,954	0,069	0,071	0,920
14	0,952	0,107	0,111	0,931
15	0,959	0,069	- 0,015	0,925
Valor próprio	6,193	3,631	1,545	
Variância explicada	41,3%	24,2%	10,3%	

Legenda: Fator 1: domínio vínculo relacional; Fator 2: domínio parceria individualizada; Fator 3: domínio capacitação profissional e comunicação terapêutica; A **negrito** apresentam-se os pesos fatoriais superiores a 0,42 em valor absoluto.

Figura 4. Gráfico *Scree plot*.



Analisando a **tabela 6** verifica-se que não há nenhum item que tenha um peso fatorial $> 0,42$ em mais do que um fator, nem com carga fatorial negativa, o que sugere a manutenção de todos os itens. A análise fatorial exploratória resultou numa estrutura de 3 fatores com 15 itens: o primeiro fator apresentou pesos fatoriais elevados dos itens 9 a 15 e explicou 41,3% da variância total; o segundo fator, com pesos fatoriais elevados dos itens 1 a 4, explicou 24,2% da variância total; e o terceiro fator integrou os itens 5 a 8 e explicou 10,3% da variância. Assim, na versão portuguesa, o instrumento integrou os itens 1 a 4 no fator vínculo relacional, os itens 5 a 8 no fator parceria individualizada e os itens 9 a 15 no fator capacitação profissional e comunicação terapêutica. A estrutura fatorial original apresenta quatro fatores, dividindo os itens 9 a 15 por dois fatores diferentes [capacitação profissional (itens 9 a 11) e comunicação terapêutica (itens 12 a 15)] (Rodriguez-Nogueira et al., 2020).

3.2.2.2. Fiabilidade - Consistência interna

Para avaliar a fiabilidade foi estimado o α de *Cronbach* a partir dos dados obtidos na RTCP-F-VP na avaliação inicial ($n=154$) (**figura 3**). Tendo em conta os resultados da validade estrutural, esta propriedade foi avaliada considerando que a RTCP-F-VP apresentaria três domínios, ao invés dos quatro domínios da versão original (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). O valor de α de *Cronbach* foi considerado adequado ($> 0,7$) para todos os domínios e para a escala total, variando entre 0,815 para o domínio da parceria individualizada e 0,954 para o domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica (**tabela 7**). No domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica, o valor de α de *Cronbach* foi superior a 0,9, o que pode indicar a redundância de itens. Assim, procedeu-se ao estudo da correlação entre itens e da correlação item-total.

Tabela 7. Resultados da consistência interna (α de *Cronbach*) da RTCP-F-VP.

Domínio	α de <i>Cronbach</i>
Vínculo relacional (4 itens)	0,863
Parceria individualizada (4 itens)	0,815
Capacitação profissional e comunicação terapêutica (7 itens)	0,954
Escala total (15 itens)	0,886

Os resultados da análise da correlação entre itens suportam a existência de correlações altas entre as questões do domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica (superiores a 0,7), à exceção da questão 9. Este resultado parece suportar que os itens do terceiro domínio, à exceção do nono item, partilham uma parte em comum muito forte, que têm pouca especificidade e que são

redundantes. Relativamente à correlação item-total identificaram-se duas correlações inferiores a 0,3 (questões 7 e 8), o que significa que estas questões parecem não contribuir de uma forma relevante para discriminar as pessoas para o construto em estudo (**apêndice D**).

Apesar dos resultados da correlação entre itens e da correlação item-total, a eliminação de qualquer questão não alterou significativamente o resultado do α de *Cronbach*, ou seja, não há nenhuma questão cuja exclusão aumente substancialmente a consistência interna da escala (**apêndice D**). Este resultado suporta a manutenção de todos os itens (questões) do instrumento, estando de acordo com os resultados apresentados na AFE.

3.2.2.3. Fiabilidade - Fiabilidade teste-reteste

Para o estudo da fiabilidade do instrumento foi ainda calculado o $CCI_{2,1}$. Dos 154 indivíduos recrutados inicialmente (T0), 22 não preencheram o caderno de instrumentos no segundo momento de recolha (T1), pelo que, esta propriedade psicométrica foi estudada em 132 indivíduos (**figura 3**).

Tendo em conta os resultados da validade estrutural, esta propriedade foi avaliada considerando que a RTCP-F-VP apresentaria três domínios. A **tabela 8** resume a estatística descritiva da RTCP-F-VP.

Tabela 8. Estatística descritiva da RTCP-F-VP em T0 e em T1.

	T0				T1			
	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Total	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Total
Média (±DP)	19,44 (±1,17)	18,61 (±2,11)	31,23 (±6,54)	69,28 (±7,53)	19,29 (±1,31)	18,35 (±2,14)	31,86 (±5,28)	69,50 (±7,17)
Mediana	20	20	34	72	20	19	34	73
Moda	20	20	35	75	20	20	35	75
Mínimo	16	8	7	47	16	8	7	42
Máximo	20	20	35	75	20	20	35	75

Legenda: Domínio 1: vínculo relacional; Domínio 2: parceria individualizada; Domínio 3: capacitação profissional e comunicação terapêutica; DP: desvio-padrão.

Apesar dos resultados obtidos nas duas medições de T0 e T1 revelarem pontuações médias totais muito próximas (**tabela 8**), o valor do $CCI_{2,1}$ foi considerado desadequado [$CCI_{2,1}=0,504$ (IC95%: 0,365-0,621, $p<0,001$)] (**tabela 9**). O mesmo se verificou para os domínios da parceria individualizada [$CCI_{2,1}=0,614$ (IC95%: 0,496-0,710, $p<0,001$)] e da capacitação profissional e comunicação terapêutica [$CCI_{2,1}=0,375$ (IC95%: 0,218-0,512, $p<0,001$)] (**tabela 9**).

Tabela 9. Resultados do coeficiente de correlação intraclass.

Domínio	CCI _{2,1}	IC 95%*
Vínculo relacional	0,726	0,635-0,798
Parceria individualizada	0,614	0,496-0,710
Capacitação profissional e comunicação terapêutica	0,375	0,218-0,512
Escala total	0,504	0,365-0,621

Legenda: CCI_{2,1}: coeficiente de correlação intraclass (*two-way random effects*; tipo: medidas únicas; definição: consistência); IC: intervalo de confiança;

* $p < 0,001$ para todos os intervalos de confiança.

Posteriormente analisou-se a fiabilidade item-item através do coeficiente de correlação de *Kappa* ponderado com a função quadrática. Este coeficiente variou entre 0,199 (IC95%: -0,004-0,402, $p=0,022$) na questão 9 e 0,693 (IC95%: 0,516-0,871, $p < 0,001$) na questão 4. Registaram-se valores pobres (inferiores a 0,4) em todas as questões do domínio da capacitação profissional e da comunicação terapêutica, à exceção da questão 10, estando em concordância com o valor de CCI_{2,1} para este domínio (**tabela 10**).

Tabela 10. Resultados do coeficiente de correlação de *Kappa* ponderado.

Domínio	Questão	Kappa ponderado	IC 95%	p-value
Vínculo relacional	1	0,530	0,327-0,733	0,000
	2	0,580	0,397-0,763	0,000
	3	0,464	0,245-0,684	0,000
	4	0,693	0,516-0,871	0,000
Parceria individualizada	5	0,588	0,393-0,784	0,000
	6	0,577	0,363-0,791	0,000
	7	0,368	0,127-0,608	0,000
	8	0,545	0,365-0,724	0,000
Capacitação profissional e comunicação terapêutica	9	0,199	-0,004-0,402	0,022
	10	0,412	0,182-0,643	0,000
	11	0,327	0,032-0,622	0,000
	12	0,375	0,103-0,647	0,000
	13	0,350	0,079-0,621	0,000
	14	0,385	0,093-0,677	0,000
	15	0,323	0,023-0,623	0,000

Legenda: IC: intervalo de confiança.

3.2.2.3.1. Análise de sensibilidade

Considerando os resultados da fiabilidade teste-reteste e da fiabilidade item-item, procedeu-se a uma análise de sensibilidade com restrição do número de participantes pelo método OFAT, para investigar a influência de fatores específicos no $CCI_{2,1}$: influência da inversão das opções de resposta e do viés associado à seleção de respostas mecanizada nas questões do domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica (**análise 1**); influência temporal do número de sessões (**análise 2**); e, influência combinada dos fatores específicos das análise 1 (opções e viés de resposta) e 2 (número de sessões) (**análise 3**).

- **Análise 1**

Para esta análise foram construídas tabelas de frequência com os percentis das questões do domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica (questões 9 a 15) (**apêndice E**).

Posteriormente calculou-se a AIQ e os intervalos de identificação dos *outliers* com as equações do método de Tukey (1977) (**apêndice E**). De acordo com este método foram considerados como *outliers* os participantes que: assinalaram as opções com pontuação inferior a 2,5 pontos (“discordo totalmente” e “discordo”) nas questões 9 (T0 e T1), 10 (T0 e T1), 11 (T1), 12 (T0), 13 (T0 e T1) e 14 (T0 e T1); assinalaram as opções com pontuação inferior a 3,125 pontos (“discordo totalmente”, “discordo” e “não concordo nem discordo”) na questão 11 (T0). Como a AIQ da questão 12 (T1) e da questão 15 (T0 e T1) foi nula, não foi possível calcular os intervalos de identificação dos *outliers* para estas questões (**apêndice E**).

Em seguida construíram-se diagramas de extremos e quartis para as questões 9 a 15 em T0 e em T1. Pelo método de visualização dos diagramas de extremos e quartis foram sugeridos como *outliers* os participantes que assinalaram a opção com pontuação igual a 1 ponto (“discordo totalmente”), dado que este era o ponto mais afastado da mediana para todas as questões, tanto em T0, como em T1 (**apêndice E**).

Tendo em conta os participantes que foram considerados simultaneamente como *outliers* pelos dois métodos, foram excluídos os participantes que selecionaram a opção de resposta com pontuação igual a 1 ponto (“discordo totalmente”) nas questões 9 a 15. Comparando com os resultados da fiabilidade teste-reteste para a amostra total, nesta análise destacou-se o aumento do valor do $CCI_{2,1}$ do domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica ($CCI_{2,1}=0,778$), o que se refletiu no valor do coeficiente para a escala total ($CCI_{2,1}=0,769$) (**tabela 11**).

- **Análise 2**

Nesta análise foram incluídos os participantes que tivessem realizado pelo menos 15 sessões de fisioterapia (n=57). Evidenciou-se a melhoria do valor do $CCI_{2,1}$ para os domínios do vínculo relacional ($CCI_{2,1}=0,804$) e da parceria individualizada ($CCI_{2,1}=0,769$), mantendo-se o valor do coeficiente praticamente idêntico para o domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica ($CCI_{2,1}=0,380$) e para a escala total ($CCI_{2,1}=0,537$) (**tabela 11**).

- **Análise 3**

Procedeu-se a uma análise com o critério combinado das opções de resposta da **análise 1** e do número de sessões da **análise 2**, resultando num grupo de 51 participantes (**análise 3**). Nesta análise os valores de $CCI_{2,1}$ assumiram valores adequados para a escala total ($CCI_{2,1}=0,874$) e para todos os domínios: vínculo relacional ($CCI_{2,1}=0,800$); parceria individualizada ($CCI_{2,1}=0,805$); e, capacitação profissional e comunicação terapêutica ($CCI_{2,1}=0,812$) (**tabela 11**).

Tabela 11. Resultados da análise de sensibilidade.

Domínio	Total n=132		Análise 1 n=110		Análise 2 n=57		Análise 3 n=51	
	$CCI_{2,1}$	IC*	$CCI_{2,1}$	IC*	$CCI_{2,1}$	IC*	$CCI_{2,1}$	IC*
Domínio 1	0,726	0,635-0,798	0,744	0,647-0,817	0,804	0,689-0,880	0,800	0,674-0,881
Domínio 2	0,614	0,496-0,710	0,606	0,473-0,712	0,769	0,637-0,857	0,805	0,682-0,884
Domínio 3	0,375	0,218-0,512	0,778	0,691-0,842	0,380	0,134-0,581	0,812	0,693-0,888
Escala total	0,504	0,365-0,621	0,769	0,680-0,836	0,537	0,323-0,699	0,874	0,789-0,926

Legenda: Domínio 1: vínculo relacional; Domínio 2: parceria individualizada; Domínio 3: capacitação profissional e comunicação terapêutica; $CCI_{2,1}$: coeficiente de correlação intraclassa (*two-way random effects*; tipo: medidas únicas; definição: consistência); IC: intervalo de confiança; * $p<0,001$ para todos os intervalos de confiança.

4. Discussão

4.1. Discussão geral

Este estudo teve como objetivos realizar a adaptação cultural da RTCP-F para português europeu (fase 1) e estudar a validade estrutural e a fiabilidade da RTCP-F-VP (fase 2).

Na fase 1 foram seguidas as diretrizes para a adaptação cultural de instrumentos (Beaton et al., 2000; Epstein et al., 2015; Gjersing et al., 2010; Reichenheim et al., 2007; Wild et al., 2005). Nas etapas de tradução e retroversão foram encontradas algumas divergências, contudo, estas foram solucionadas aquando da realização das versões síntese. No final da retroversão, os autores originais registaram alguns comentários que foram analisados pelo painel de peritos. Todos os peritos consideraram que o questionário era claro, fácil de compreender e de responder, que as instruções de preenchimento estavam rigorosamente preenchidas e que não havia nenhum item inapropriado culturalmente.

No estudo piloto não foi modificada a versão pré-final portuguesa do instrumento desenvolvida na etapa anterior, garantindo-se a validade de conteúdo do instrumento. Nesta etapa participaram 44 indivíduos com características sociodemográficas e clínicas similares às do estudo de validação original ($n=55$), à exceção das habilitações literárias equivalentes ao ensino superior completo (38,6% *versus* 52,7%) e do diagnóstico de condição musculoesquelética (100% *versus* 85,3%) (Nogueira et al., 2020). O tempo de preenchimento do questionário foi igualmente similar entre a versão portuguesa (6' 34'') e a original (6' 40'') (Nogueira et al., 2020). Considerou-se que o processo de adaptação foi concluído com sucesso, após ser auditado pelos autores originais. Daquele que é o nosso conhecimento até à data, este é o primeiro estudo de adaptação da RTCP-F para uma nova cultura.

Para o estudo das propriedades psicométricas (fase 2) foram recrutados 154 indivíduos que tinham igualmente características similares às do estudo de validação original ($n=366$). Em ambos os estudos, a maioria dos participantes foram do género feminino, contudo, a proporção de frequência do ensino superior foi maior na versão portuguesa (37% *versus* 30,1%). No estudo de validação original, a maioria dos participantes tinham um diagnóstico de condição musculoesquelética (78,5%) (Rodríguez-Nogueira et al., 2020). No presente estudo, os participantes tinham realizado, em média, 18 sessões, enquanto no estudo original tinham realizado 32 (Rodríguez-Nogueira et al., 2020). Esta diferença pode ser justificada pelo critério de inclusão de 3 sessões utilizado no presente estudo, em oposição ao critério de 15 sessões do estudo de validação original (Rodríguez-Nogueira et al., 2020). O critério de inclusão da versão portuguesa foi decidido em conjunto com os autores originais, estando em concordância com as recomendações para a avaliação das componentes da prática centrada na

pessoa (Silva, 2014) e com o critério do WAI-ReD (Paap et al., 2019). Em ambas as versões, os participantes foram selecionados pela amostragem não probabilística de conveniência. Ademais, na versão portuguesa, os centros de recrutamento foram exclusivamente hospitais e em número inferior aos da versão original (3 *versus* 9) (Nogueira et al., 2020). Esta metodologia pode sugerir um possível viés de seleção amostral, condicionando a representatividade das condições musculoesqueléticas (Jager et al., 2017).

Quanto à validade estrutural, em ambas as versões, a recomendação face à análise fatorial foi considerada boa e os itens estavam relacionados significativamente ($p < 0,001$) (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). Contudo, no presente estudo foram extraídos três fatores, em oposição aos quatro fatores da versão original (Rodriguez-Nogueira et al., 2020), agrupando os itens 9 a 15 num fator comum (capacitação profissional e comunicação terapêutica). Neste sentido, a estrutura fatorial da versão portuguesa parece suportar uma dimensionalidade única entre os subconstrutos “capacitação profissional” e “comunicação terapêutica”. Este resultado poderá ser justificado pela interação mútua entre os diferentes subconstrutos relacionados com a “relação terapêutica” (McCabe, Miciak, et al., 2021; Miciak et al., 2018a, 2018b; Wijma et al., 2017). Apesar do formato de apresentação das opções de resposta das questões 9 a 15 ser distinto do formato das restantes questões, tanto na versão portuguesa, como na original (Rodriguez-Nogueira et al., 2020), esta diferença poderá ter contribuído para a alteração da estrutura fatorial na versão portuguesa (Peasgood et al., 2021).

Relativamente aos pesos fatoriais, na versão portuguesa foi utilizado o valor de 0,42, enquanto na original foi utilizado inicialmente o valor de 0,40 e, posteriormente, para incrementar a fiabilidade, foram eliminados os itens com peso fatorial inferior a 0,60 (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). O valor da versão portuguesa foi calculado a partir da equação de Norman e Streiner (2008) para incluir os itens significativos para os fatores retidos, estando em linha com os aspetos metodológicos descritos em estudos recentes (Linares-Fernández et al., 2021; McCabe, Roberts, et al., 2021).

No que diz respeito à consistência interna, a RTCP-F-VP obteve um valor adequado (α de *Cronbach* = 0,886), apresentando um valor similar ao da versão original (α de *Cronbach* = 0,884). Os resultados também foram similares para os domínios do vínculo relacional e da parceria individualizada (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). Na versão portuguesa, o valor do domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica foi superior a 0,9 e, na versão original, este valor também superou o limiar de 0,9 para os domínios isolados da capacitação profissional e comunicação terapêutica (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). Estes resultados parecem apontar para uma possível redundância das questões 9 a 15 em ambas as versões (Vet et al., 2011). Na versão portuguesa, o

estudo da consistência interna foi complementado com a análise de correlação entre itens, tendo-se verificado que as correlações entre as questões 9 a 15 eram altas, à exceção da questão 9. Estes resultados parecem reforçar a possível redundância e a partilha de uma parte em comum muito forte entre essas questões, o que pode causar uma sub-representação do construto em análise e diminuir a fiabilidade do instrumento (Boyle, 1991; Panayides, 2013). Apesar disso, pela análise da correlação item-total, verificou-se que a eliminação de qualquer questão não alterava significativamente o resultado do α de *Cronbach*.

Relativamente à fiabilidade teste-reteste, verificou-se que as pontuações da RTCP-F-VP em T0 e em T1 foram similares, aproximando-se da pontuação máxima do instrumento, o que sugere a seleção maioritária pela opção do extremo positivo “concordo totalmente”. Os vieses de aquiescência e desejabilidade social, consistentemente associados a instrumentos autoreportados (Chang et al., 2019; Kreitchmann et al., 2019), e a complexidade associada ao construto de relação terapêutica (McCabe, Miciak, et al., 2021; Miciak et al., 2018a, 2018b), poderão justificar a aproximação da média das pontuações ao topo superior que se parece verificar em instrumentos que avaliam este construto (McCabe, Roberts, et al., 2021; Paap et al., 2019; Ramos, 2008; Rodriguez-Nogueira et al., 2020). A utilização de uma EVA, com a âncora inferior “às vezes” e a âncora superior “sempre”, ao invés de uma escala de *Likert*, foi apontada como uma estratégia para minimizar esta potencial aproximação às pontuações máximas. Ainda assim, estudos futuros devem investigar se esta modificação se traduz num aumento significativo na capacidade discriminativa dos instrumentos autoreportados (Paap et al., 2020).

Apesar da similaridade dos resultados na estatística descritiva, o $CCI_{2,1}$ foi de 0,504 (IC95%: 0,365-0,621, $p < 0,001$), o que compromete a estabilidade do instrumento ao longo do tempo e a fiabilidade na sua aplicação, uma propriedade fundamental dos instrumentos de medida de resultados (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010; Vet et al., 2011). Este resultado diferiu do valor do estudo de validação original [$CCI_{2,1} = 0,900$ (IC95%: 0,846-0,941, $p < 0,001$)] (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). No presente estudo, foi utilizado um $n=132$, enquanto no original foi utilizado um $n=36$, sendo que, não são reportados os critérios de seleção dos participantes para o cálculo desta propriedade (Rodriguez-Nogueira et al., 2020), não se conhecendo em concreto as condições de teste desta propriedade. Para além disso, o critério de inclusão do número de sessões e o intervalo entre a recolha de dados também variou. A relação terapêutica nas sessões iniciais, tal como foi mensurada na versão portuguesa, poderá ainda não estar totalmente estabelecida, podendo haver a necessidade de tempo para a estabilidade da relação, considerando a complexidade associada a este construto (McCabe,

Miciak, et al., 2021; Miciak et al., 2018a, 2018b). Para além disso, existem fatores que parecem influenciar a qualidade da relação terapêutica e que poderão reforçar esta necessidade temporal para a estabilidade da relação, como a “falta de sensibilidade às mudanças no estado do utente”, os “resultados de tratamento positivos” e a “continuidade e a duração dos tratamentos” (Morera-Balaguer et al., 2018, 2019). Relativamente ao intervalo entre a recolha de dados, no estudo de validação original foi utilizado um intervalo de 2 a 3 semanas (Rodriguez-Nogueira et al., 2020), enquanto no presente estudo foi utilizado um intervalo de 4 a 7 dias, sendo este último um intervalo recorrentemente recomendado para este âmbito (Mokkink et al., 2020). Esta opção foi tomada em conjunto com os autores originais do instrumento e assentou no princípio de se diminuir a possibilidade de uma mudança no construto a ser medido, pelo que justificaria um valor de CCI_{2,1} mais alto (Mokkink et al., 2020).

A fiabilidade teste-reteste é comumente avaliada num subgrupo de indivíduos em que seja garantida a estabilidade da condição, com a aplicação simultânea de outro instrumento, como por exemplo a *Patient Global Impression of Change* (PGIC) (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010). A investigação aponta para uma maior similaridade entre relação terapêutica e os construtos de aliança terapêutica ou satisfação com o tratamento, ao invés da perceção global de melhoria. Esta similaridade poderá ser justificada pela dissonância entre estabilidade na relação terapêutica e estabilidade clínica, bem como, pela complexidade associada ao construto de relação terapêutica (McCabe, Miciak, et al., 2021; Miciak et al., 2018a, 2018b). Porém, os instrumentos disponíveis para avaliar estes construtos, como o IAT (Ramos, 2008) ou o Questionário de Satisfação do Doente Ambulatório de Fisioterapia (Cavalheiro et al., 2018), não apresentam, à data, valores de DMCI identificados para utilização como critério de estabilidade.

A fiabilidade item-item da maioria das questões do domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica foi pobre, sendo este igualmente o domínio com o CCI_{2,1} mais baixo. Estes resultados sugerem que a estratégia de inversão das opções de resposta nas questões deste domínio parece não minimizar o viés de resposta, em particular o viés associado à seleção mecanizada de respostas, podendo impactar nos resultados das propriedades psicométricas do instrumento. A utilização do método de inversão alternada das opções de resposta, tal como acontece na estrutura do IAT (Ramos, 2008), ao invés de sequencial, como acontece na RTCP-F, poderá minimizar este viés (Chang et al., 2019; Kreitchmann et al., 2019; Robie et al., 2022; Suárez-Alvarez et al., 2018).

Considerando os resultados da fiabilidade teste-reteste, procedeu-se a uma análise de sensibilidade para investigar a possível influência de fatores específicos no CCI_{2,1} (Ferretti et al., 2016). Na **análise**

1 verificou-se que, com a exclusão dos participantes que selecionaram a opção “discordo totalmente” nas questões do domínio da capacitação profissional e comunicação terapêutica (Berger & Kiefer, 2021; Tukey, 1977), o $CCI_{2,1}$ deste domínio aumentou para 0,778 (IC95%: 0,691-0,842, $p<0,001$), acompanhado do aumento do $CCI_{2,1}$ para a escala total [0,769 (IC95%: 0,680-0,836, $p<0,001$)]. Este procedimento metodológico foi igualmente adotado no estudo de Gravesande e colaboradores (2019). Estes dados sugerem a presença de um possível viés associado à seleção mecanizada de respostas, para além do viés de aquiescência e de desejabilidade social, considerando a seleção preferencial da primeira opção de resposta de cada questão (Chang et al., 2019; Kreitchmann et al., 2019). Estes erros sistemáticos podem comprometer a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento e limitar a discriminação entre os participantes que alcançaram pontuações mais altas no instrumento (Kreitchmann et al., 2019; Robie et al., 2022; Suárez-Alvarez et al., 2018).

Na **análise 2** verificou-se que, com a exclusão dos participantes que não tivessem realizado um mínimo de 15 sessões (Rodriguez-Nogueira et al., 2020), o $CCI_{2,1}$ dos domínios do vínculo relacional e da parceria individualizada aumentaram. Este resultado parece suportar a necessidade de tempo para a estabilidade da relação, considerando a complexidade associada ao construto de relação terapêutica (McCabe, Miciak, et al., 2021; Miciak et al., 2018a, 2018b) e os fatores que influenciam a sua qualidade, tal como mencionado anteriormente (Morera-Balaguer et al., 2018, 2019).

Na **análise 3**, que combinou os critérios das análises 1 e 2, verificou-se que o $CCI_{2,1}$ foi igual ou superior a 0,8 para todos os domínios e para a escala total, aproximando-se dos resultados do estudo de validação original (Rodriguez-Nogueira et al., 2020). Esta análise parece reforçar a influência do formato das opções de resposta e do viés de resposta (Chang et al., 2019; Kreitchmann et al., 2019; Robie et al., 2022; Suárez-Alvarez et al., 2018), bem como, do número de sessões (McCabe, Miciak, et al., 2021; Miciak et al., 2018a, 2018b; Morera-Balaguer et al., 2018, 2019) no valor do $CCI_{2,1}$.

No seguimento dos resultados da fiabilidade do instrumento, a investigação atual sugere ainda que a potencial sinonímia entre relação terapêutica e satisfação com o tratamento poderá levar a que, quando o tratamento é adequado segundo a perspetiva do utente, este atribua pontuações altas, sem que isso tenha a ver com a relação terapêutica estabelecida. O aumento da literacia do utente poderá inverter este panorama e contribuir para uma análise mais rigorosa das propriedades psicométricas de instrumentos como a RTCP-F-VP (McCabe, Miciak, et al., 2021).

4.2. Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações a considerar. Em primeiro lugar, a limitação respeitante ao método de amostragem. Os participantes foram selecionados pela amostragem não probabilística de conveniência pelos fisioterapeutas que os acompanhavam. Este método pode potenciar um viés de seleção, na medida em que, poderão ter sido selecionados os indivíduos que teriam à partida uma melhor relação terapêutica com os seus fisioterapeutas (Jager et al., 2017).

Em segundo lugar, os centros de recrutamento foram exclusivamente hospitais, o que pode condicionar a representatividade das condições musculoesqueléticas, considerando as possíveis particularidades deste local de atuação (Jager et al., 2017).

Em terceiro lugar, os resultados do estudo poderão ser influenciados pelo viés de resposta, dado estar consistentemente associado a instrumentos autoreportados (Linares-Fernández et al., 2021; McCabe, Roberts, et al., 2021). Adicionalmente, os participantes poderiam considerar que o desempenho do seu fisioterapeuta estaria a ser avaliado, podendo potenciar este viés. A seleção mecanizada das opções de resposta e a seleção das opções que se julgam ser socialmente mais aceites parecem influenciar de forma considerável os resultados (Chang et al., 2019; Kreitchmann et al., 2019; Robie et al., 2022; Suárez-Alvarez et al., 2018). Quando os fisioterapeutas foram convidados a colaborar no estudo foi transmitida a informação de que seria importante reforçarem que a finalidade do estudo seria a validação de um instrumento e que o seu trabalho não iria ser avaliado. Para além disso, foi pedido aos participantes para preencherem os questionários de forma autónoma e sem interferência de terceiros para minimizar o viés de resposta.

Em quarto lugar, a ausência de um instrumento para garantir a estabilidade da condição na fiabilidade teste-reteste poderá ter influenciado os resultados (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010). No nosso melhor conhecimento, não existem instrumentos com valores de DMCI identificados que avaliem construtos, como a aliança terapêutica (Ramos, 2008) ou a satisfação com o tratamento (Cavalheiro et al., 2018), e que possam ser utilizados como critério de estabilidade do construto para a avaliação desta propriedade.

4.3. Implicações e perspetivas futuras

Os resultados deste estudo constituem um contributo relevante na área da prática centrada na pessoa e da fisioterapia musculoesquelética em Portugal. Este estudo representa um contributo inicial para a disponibilização de um instrumento autoreportado de rápido preenchimento que permite avaliar a

relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia, sendo o primeiro instrumento adaptado para português europeu para a avaliação deste resultado de interesse (Nogueira et al., 2020; Rodriguez-Nogueira et al., 2020).

A investigação aponta que a utilização de um instrumento que avalie a relação terapêutica poderá ser do interesse dos utentes, fisioterapeutas, entidades de saúde, investigadores e outros interessados. Este instrumento poderá ter a capacidade de: mensurar objetivamente o construto de relação terapêutica (Silva, 2014); influenciar o desenvolvimento profissional dos fisioterapeutas portugueses (Wijma et al., 2017); avaliar os resultados (Søndenå et al., 2020) e aferir a qualidade dos cuidados prestados em fisioterapia (Cook et al., 2021); bem como, contribuir para o desenvolvimento de diretrizes nestas áreas de cuidados (Hutting et al., 2021; Tzelepis et al., 2015).

Para além das limitações apresentadas, os resultados obtidos para a fiabilidade teste-reteste do instrumento comprometem a estabilidade do instrumento ao longo do tempo e a fiabilidade na sua aplicação. Considerando que esta é uma propriedade psicométrica fundamental dos instrumentos de medida de resultados, estes resultados não suportam, de momento, a aplicação do instrumento, tanto em contexto clínico, como de investigação (Mokkink et al., 2020; Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010; Vet et al., 2011). Os resultados da análise de sensibilidade parecem apoiar a possível influência do formato das opções de resposta e do critério de inclusão relativo ao número mínimo de sessões na fiabilidade teste-reteste do instrumento. Neste sentido, estudos futuros devem ser desenvolvidos para avaliar a fiabilidade teste-reteste com diferentes cenários metodológicos de aplicação do instrumento (Gravesande et al., 2019), de forma que possam emergir resultados mais robustos e que seja possibilitada a disponibilização do instrumento para a população portuguesa.

No seguimento deste estudo, para se determinar a estrutura fatorial mais adequada do instrumento, devem ser desenvolvidos estudos de validação para outras culturas. Adicionalmente, os resultados deste estudo parecem reforçar a necessidade de identificar estratégias para minimizar o viés de resposta associado aos instrumentos autoreportados (Linares-Fernández et al., 2021; McCabe, Roberts, et al., 2021). Atendendo à natureza distinta entre as condições agudas e crónicas musculoesqueléticas (Lin, Wiles, Waller, Goucke, et al., 2020), seria relevante estudar as propriedades psicométricas do instrumento nestes dois subgrupos. Por fim, estudos futuros deverão contribuir para a restante validação do instrumento, nomeadamente, com a análise da validade de construto, poder de resposta e interpretabilidade (Mokkink, Terwee, Patrick, et al., 2010).

5. Conclusão

Este estudo foi realizado em duas fases, de acordo com os objetivos definidos: realizar a adaptação cultural da RTCP-F para português europeu e contribuir para a validação da RTCP-F-VP, através do estudo da validade estrutural e da fiabilidade (consistência interna e fiabilidade teste-reteste), em indivíduos com condições musculoesqueléticas em cuidados de fisioterapia. O processo metodológico de adaptação cultural foi realizado com sucesso, tendo sido garantida a equivalência entre a versão original e a nova versão do instrumento. A análise da validade estrutural da versão portuguesa resultou numa estrutura de 3 fatores com 15 itens [vínculo relacional ($n=4$); parceria individualizada ($n=4$); e, capacitação profissional e comunicação terapêutica ($n=7$)], que explicou cerca de 76% da variabilidade total. A RTCP-F-VP apresentou uma adequada consistência interna (α de Cronbach = 0,886) e, em contrapartida, uma reduzida fiabilidade teste-reteste [$CCI_{2,1} = 0,504$ (IC95%: 0,365-0,621, $p<0,001$)].

Os resultados obtidos para a fiabilidade teste-reteste da RTCP-F-VP não suportam, de momento, a sua utilização, considerando que esta é uma propriedade psicométrica fundamental dos instrumentos de medida de resultados. Ainda assim, este estudo contribuiu para a primeira adaptação de um instrumento para a população portuguesa que permite a avaliação da relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia, o que sublinha a relevância deste estudo na área da prática centrada na pessoa e da fisioterapia musculoesquelética em Portugal. Estudos futuros devem ser desenvolvidos para: explorar a fiabilidade-teste-reteste do instrumento, com a utilização diferentes cenários metodológicos de aplicação do instrumento; confirmar a adequação da estrutura fatorial do instrumento; identificar estratégias para minimizar o viés de resposta; analisar o impacto distinto da natureza aguda e crónica das condições musculoesqueléticas nas propriedades psicométricas; e, contribuir para a restante validação do instrumento, nomeadamente, com a análise da validade de construto, poder de resposta e interpretabilidade.

Bibliografia

- Alodaibi, F., Beneciuk, J., Holmes, R., Kareha, S., Hayes, D., & Fritz, J. (2021). The Relationship of the Therapeutic Alliance to Patient Characteristics and Functional Outcome during an Episode of Physical Therapy Care for Patients with Low Back Pain: An Observational Study. *Physical Therapy and Rehabilitation Journal*, 101(4), 1–9. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab026>
- Babatunde, F., MacDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276.
- Balint, M. (1969). The structure of the training-cum-research-seminars Its implications for medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(81), 201–211.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Berger, A., & Kiefer, M. (2021). Comparison of Different Response Time Outlier Exclusion Methods: A Simulation Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.675558>
- Bliss, E. L. (2009). *The Roles of Attachment, Depression, and the Working Alliance in Predicting Treatment Outcomes in Chronic Pain Patients Seeking Physical Therapy Services*. Faculty of the University of Miami.
- Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: A systematic review. *BMJ Open*, 9(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 1979.
- Boyle, G. J. (1991). Does item homogeneity indicate internal consistency or item redundancy in psychometric scales? *Personality and Individual Differences*, 12(3), 291–294. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90115-R](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90115-R)

- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Pereira Da Costa, L., 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*, 13, 22. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015>
- Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., Croft, P., Hartvigsen, J., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., Underwood, M., Anema, J. R., Chou, R., Cohen, S. P., Ferreira, M., Ferreira, P. H., Fritz, J. M., Genevay, S., ... Turner, J. A. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*, 391(10137), 2384–2388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
- Byrne, P., & Long, B. (1976). Doctors Talking to Patients. *HMSO*, 7(4), 195.
- Canada, A. A. of, Practice, C. for E., & Canada, C. of F. P. of. (2017). Osteoarthritis Tool. <http://arthritisalliance.ca/en/osteoarthritis-toolbox>
- Cavalheiro, L. M., Cabri, J. M., & Ferreira, P. L. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the physical therapy outpatient satisfaction survey. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(3), 214–219. <https://doi.org/10.1159/000486250>
- Chang, E. M., Gillespie, E. F., & Shaverdian, N. (2019). Truthfulness in patient-reported outcomes: factors affecting patients' responses and impact on data quality. *Patient Related Outcome Measures*, 10, 171–186. <https://doi.org/10.2147/prom.s178344>
- Cheing, G., Vong, S., Chan, F., Ditchman, N., Brooks, J., & Chan, C. (2014). Testing a Path-Analytic Mediation Model of How Motivational Enhancement Physiotherapy Improves Physical Functioning in Pain Patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 798–805. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9515-8>
- 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. E., Denninger, T., Lewis, J., Diener, I., & Thigpen, C. (2021). Providing value-based care as a physiotherapist. *Archives of Physiotherapy*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40945-021-00107-0>
- Côté, P., Wong, J. J., Sutton, D., Shearer, H. M., Mior, S., Randhawa, K., Ameis, A., Carroll, L. J., Nordin, M., Yu, H., Lindsay, G. M., Southerst, D., Varatharajan, S., Jacobs, C., Stupar, M., Taylor-Vaisey, A., van der Velde, G., Gross, D. P., Brison, R. J., ... Salhany, R. (2016). Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *European Spine Journal*, 25(7), 2000–2022. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4467-7>
- Dawson, R. (2011). How Significant Is A Boxplot Outlier? *Journal of Statistics Education*, 19(2), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10691898.2011.11889610>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results. *Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation*.
- Dowling, N. M., Bolt, D. M., Deng, S., & Li, C. (2016). Measurement and control of bias in patient reported outcomes using multidimensional item response theory. *BMC Medical Research Methodology*, 16(63). <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0161-z>
- Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Meranius, Martina. (2018). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science and Medicine*, 61(7), 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>
- Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2013). The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(3), 246–258. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9419-z>

- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The Therapeutic Alliance Between Clinicians and Patients Predicts Outcome in Chronic Low Back Pain. *American Physical Therapy Association*, 93(4), 470–478. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120137>
- Ferretti, F., Saltelli, A., & Tarantola, S. (2016). Trends in sensitivity analysis practice in the last decade. *Science of the Total Environment*, 568, 666–670. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.02.133>
- Finucane, L. M., Downie, A., Mercer, C., Greenhalgh, S. M., Boissonnault, W. G., Pool-Goudzwaard, A. L., Beneciuk, J. M., Leech, R. L., & Selfe, J. (2020). International framework for red flags for potential serious spinal pathologies. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 50(7), 350–372. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971>
- Fix, G. M., Lukas, C. v., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2017). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, 21(1), 300–307. <https://doi.org/10.1111/hex.12615>
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (2nd ed.). Wiley.
- Fuentes, J., Armijo-Olivo, S., Funabashi, M., Miciak, M., Dick, B., Warren, S., Rashid, S., Magee, D. J., & Gross, D. P. (2014). Enhanced Therapeutic Alliance Modulates Pain Intensity and Muscle Pain Sensitivity in Patients With Chronic Low Back Pain: An Experimental Controlled Study Background. *Physical Therapy*, 94(5), 477–489. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130118>
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(13). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>
- Gravesande, J., Richardson, J., Griffith, L., & Scott, F. (2019). Test-retest reliability, internal consistency, construct validity and factor structure of a falls risk perception questionnaire in older adults with type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study. *Archives of Physiotherapy*, 9(14). <https://doi.org/10.1186/s40945-019-0065-4>
- Grilo, A. M., Rita, J. S., Carolino, E. T., Gomes, A. I., & Santos, M. C. (2018). Centração no paciente: Contributo para o estudo de adaptação da patient-practitioner orientation scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, 6(1), 170–185. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148>
- Gyllensten, H., Koinberg, I., Carlström, E., Olsson, L. E., & Olofsson, E. H. (2019). Economic evaluation of a person-centred care intervention in head and neck oncology: results from a

- randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 27(5), 1825–1834. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4436-2>
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099–1110. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., Buchbinder, R., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., van Tulder, M., Anema, J. R., Chou, R., ... Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Higdon, L. J. (1997). *Patient hostility, the working alliance, and treatment outcome in a work hardening center*. The Herman M. Finch University of Health Sciences - The Chicago Medical School ProQuest.
- Hiller, A., & Delany, C. (2018). Communication in physiotherapy: challenging established theoretical approaches. In B. E. Gibson, D. A. Nicholls, J. Setchell, & K. S. Groven (Eds.), *Manipulating practices* (Vol. 13, pp. 308–333).
- Holmes, M. B., Scott, A., Camarinos, J., Marinko, L., & George, S. Z. (2022). Working Alliance Inventory (WAI) and its relationship to patient-reported outcomes in painful musculoskeletal conditions. *Disability and Rehabilitation*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2060337>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
- Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong'wen, O. M., Miciak, M., & Roberts, L. (2021). Patient-centered care in musculoskeletal practice: Key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskeletal Science and Practice*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102434>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2017). More than Just Convenient: The Scientific Merits of Homogeneous Convenience Samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 82(2), 13–30. <https://doi.org/10.1111/mono.12296>

- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2018). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(8), 886–898. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>
- Kongsted, A., Ris, I., Kjaer, P., & Hartvigsen, J. (2021). Self-management at the core of back pain care: 10 key points for clinicians: Self-management support in back pain. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25(4), 396–406. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.05.002>
- Kreitchmann, R. S., Abad, F. J., Ponsoda, V., Nieto, M. D., & Morillo, D. (2019). Controlling for Response Biases in Self-Report Scales: Forced-Choice vs. Psychometric Modeling of Likert Items. *Frontiers in Psychology*, 10(2309). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02309>
- Krupat, E., Yeager, C. M., & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health*, 15(5), 707–719. <https://doi.org/10.1080/08870440008405481>
- Lakke, S. E., & Meerman, S. (2016). Does working alliance have an influence on pain and physical functioning in patients with chronic musculoskeletal pain; a systematic review. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0018-7>
- Lawford, B. J., Bennell, K. L., Campbell, P. K., Kasza, J., & Hinman, R. S. (2019). Therapeutic Alliance Between Physical Therapists and Patients With Knee Osteoarthritis Consulting Via Telephone: A Longitudinal Study. *Arthritis Care and Research*, 72(5), 652–660. <https://doi.org/10.1002/acr.23890>
- Lawford, B. J., Bennell, K. L., Campbell, P. K., Kasza, J., & Hinman, R. S. (2021). Association between therapeutic alliance and outcomes following telephone-delivered exercise by a physical therapist for people with knee osteoarthritis: Secondary analyses from a randomized controlled trial. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 8(1). <https://doi.org/10.2196/23386>
- Lewis, J., & O'Sullivan, P. (2018). Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? *British Journal of Sports Medicine*, 52(24), 1543–1544. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099198>
- Lewis, J. S., Stokes, E. K., Gojanovic, B., Gellatly, P., Mbada, C., Sharma, S., Diener, I., & O'Sullivan, P. (2021). Reframing how we care for people with persistent non-traumatic musculoskeletal pain.

- Suggestions for the rehabilitation community. *Physiotherapy*, 112, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.04.002>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Caneiro, J. P., Nagree, Y., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). Patient-centred care: The cornerstone for high-value musculoskeletal pain management. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), 1240–1242. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101918>
- 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>
- Linares-Fernández, M. T., Touche, R., & Pardo-Montero, J. (2021). Development and validation of the therapeutic alliance in physiotherapy questionnaire for patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 524–531. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.024>
- Liu, S., Wang, B., Fan, S., Wang, Y., Zhan, Y., & Ye, D. (2022). Global burden of musculoskeletal disorders and attributable factors in 204 countries and territories: a secondary analysis of the Global Burden of Disease 2019 study. *BMJ Open*, 12(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062183>
- Machado, P., & Horvath, A. (1999). *Inventário da Aliança Terapêutica: Versão portuguesa do Working Alliance Inventory*. Provas psicológicas em Portugal.
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8th ed., Vol. 18). ReportNumber Editor.
- Martyushev-Poklad, A., Yankevich, D., & Petrova, M. (2022). Improving the Effectiveness of Healthcare: Diagnosis-Centered Care Vs. Person-Centered Health Promotion, a Long Forgotten New Model. *Frontiers in Public Health*, 10(819096). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.819096>
- McCabe, E., Miciak, M., Roberts, M. R., Sun, H., & Gross, D. P. (2021). Measuring therapeutic relationship in physiotherapy: conceptual foundations. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(13), 2339–2351. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1987604>

- McCabe, E., Miciak, M., Roberts, M. R., Sun, H., Kleiner, M. J., Holt, C. J., & Gross, D. P. (2021). Development of the Physiotherapy Therapeutic Relationship Measure. *European Journal of Physiotherapy*, 24(5), 287–296. <https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1868572>
- McCabe, E., Roberts, M. R., Miciak, M., Sun, H., & Gross, D. P. (2021). An investigation of the measurement properties of the physiotherapy therapeutic relationship measure in patients with musculoskeletal conditions. *European Journal of Physiotherapy*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/21679169.2021.2005138>
- McClure, P. W., & Michener, L. A. (2015). Staged approach for rehabilitation classification: Shoulder disorders (STAR–shoulder). *Physical Therapy*, 95(5), 791–800. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140156>
- McWhinney, I. R. (1989). “An acquaintance with particulars...” *Family Medicine*, 21(4), 296–298.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Miciak, M. (2015). *Bedside Matters: A Conceptual Framework of the Therapeutic Relationship in Physiotherapy*. Faculty of Rehabilitation Medicine - University of Alberta.
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018a). A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 40–56. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434707>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018b). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of Physiotherapy*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>
- Mokkink, L. B., Boers, M., Vleuten, C. P. M., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2020). COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability and measurement error of outcome measurement instrument: a Delphi study. *BMC Medical Research Methodology*, 20(293). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12874-020-01179-5>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Bouter, L. M., & Vet, H. C. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. *BMC Medical Research Methodology*, 10(22). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-22>

- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 737–745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Mokkink, L. B., Vet, H. C. W., Prinsen, C. A. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Quality of Life Research*, 27(5), 1171–1179. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4>
- Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J. M., Catalán-Matamoros, D., Martínez-Segura, O. R., Leal-Clavel, M., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2019). Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(1), 17–27. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1603258>
- Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J. M., Martínez-González, M. C., Medina-Mirapeix, F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2018). Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(6), 484–492. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.04.003>
- Nogueira, O. R., Botella-Rico, J., González, M. C. M., Clavel, M. L., Morera-Balaguer, J., & Moreno-Poyato, A. R. (2020). Construction and content validation of a measurement tool to evaluate person-centered therapeutic relationships in physiotherapy services. *PLoS ONE*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228916>
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2008). *Biostatistics: The bare essentials*. B.C. Decker.
- Paap, D., Schepers, M., & Dijkstra, P. U. (2020). Reducing ceiling effects in the Working Alliance Inventory-Rehabilitation Dutch Version. *Disability and Rehabilitation*, 42(20), 2944–2950. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1563833>
- Paap, D., Schrier, E., & Dijkstra, P. U. (2019). Development and validation of the Working Alliance Inventory Dutch version for use in rehabilitation setting. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(12), 1292–1303. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1471112>

- Panayides, P. (2013). Coefficient alpha: Interpret with caution. *Europe's Journal of Psychology*, 9(4), 687–696. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i4.653>
- Peasgood, T., Chang, J. Y., Mir, R., Mukuria, C., & Powell, P. A. (2021). The role of response domain and scale label in the quantitative interpretation of patient-reported outcome measure response options. *Quality of Life Research*, 30(7), 2097–2108. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02801-9>
- Pirhonen, L., Gyllenstein, H., Olofsson, E. H., Fors, A., Ali, L., Ekman, I., & Bolin, K. (2020). The cost-effectiveness of person-centred care provided to patients with chronic heart failure and/or chronic obstructive pulmonary disease. *Health Policy OPEN*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100005>
- Ramos, M. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised*. Universidade do Minho.
- Ree, E., Wiig, S., Manser, T., & Storm, M. (2019). How is patient involvement measured in patient centeredness scales for health professionals? A systematic review of their measurement properties and content. *BMC Health Services Research*, 19(12). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3798-y>
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., São, R., & Xavier, F. (2007). Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 665–673. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006005000035>
- Robie, C., Meade, A. W., Risavy, S. D., & Rasheed, S. (2022). Effects of Response Option Order on Likert-Type Psychometric Properties and Reactions. *Educational and Psychological Measurement*, 82(2), 1107–1129. <https://doi.org/10.1177/00131644211069406>
- Rodriguez-Nogueira, O., Balaguer, J. M., Lopez, A. N., Merino, J. R., Botella-Rico, J. M., Rio-Medina, S., & Poyato, A. R. M. (2020). The psychometric properties of the personcentered therapeutic relationship in physiotherapy scale. *PLoS ONE*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241010>
- Silva, D. de. (2014). Helping measure person-centred care Evidence review. *The Health Foundation Inspiring Improvement*. www.health.org.uk/helpingmeasurepcc

- Søndenå, P., Dalusio-King, G., & Hebron, C. (2020). Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate? *Musculoskeletal Science and Practice*, 46(102131). <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102131>
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995). Patient-centred medicine: transforming the clinical method. *BMJ*, 311–1580. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7019.1580>
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Suárez-Alvarez, J., Pedrosa, I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., Cuesta, M., & Muñoz, J. (2018). Using reversed items in likert scales: A questionable practice. *Psicothema*, 30(2), 149–158. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.33>
- Tukey, J. W. (1977). *Exploratory Data Analysis* (2nd ed.). Addison-Wesley Publishing Company.
- Tzelepis, F., Sanson-Fisher, R. W., Zucca, A. C., & Fradgley, E. A. (2015). Measuring the quality of patient-centered care: Why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Preference and Adherence*, 9, 831–835. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>
- Vet, H. C. W. de V., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in medicine: a practical guide*. Cambridge University Press.
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Vries, N. M., Staal, J. B., Wees, P. J., Adang, E. M. M., Akkermans, R., Rikkert, M. G. M., & Sanden, M. W. G. (2016). Patient-centred physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 7(4), 422–435. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12091>

- Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J., & 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>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94–104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- World Health Organization. (2022a). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2022b). *Musculoskeletal health*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Zhao, J., Gao, S., Wang, J., Liu, X., & Hao, Y. (2016). Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.009>

Apêndices

Apêndice A: Dossier de auditoria final



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Adaptação cultural e contributo para a validação da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* para português europeu

João Moreira; Margarida Silva; Lúcia Domingues; Carmen Caeiro

Dossier de auditoria final

Março/ 2022

Dossier de auditoria final

Título do projeto: Adaptação cultural e contributo para a validação da *Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia* para português europeu

Estudantes / Investigadores responsáveis: João Moreira e Margarida Silva

Orientadores científicos: Professora Doutora Carmen Caeiro e Professora Doutora Lúcia Domingues

Este dossier é composto pelos documentos do processo adaptação cultural da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia* para português europeu. Este processo foi realizado de acordo com as diretrizes disponíveis para a tradução e adaptação cultural de instrumentos e encontra-se dividido nas seguintes fases:

(1) Comprovativo de autorização dos autores da versão original (apêndice 1);

(2) Tradução para a língua portuguesa: nesta fase participaram dois tradutores bilingues com língua materna portuguesa e com diferentes perfis e conhecimentos dos conceitos incluídos no instrumento (um dos tradutores era fisioterapeuta e o outro era professor de espanhol (apêndices 2 e 3));

(3) Versão síntese da tradução: nesta etapa foi produzida uma versão síntese do instrumento pela equipa de investigação, a partir das duas traduções independentes construídas na fase anterior (apêndice 4);

(4) Retroversão para a língua original: nesta fase participaram dois tradutores bilingues com língua materna espanhola, cegos para a finalidade da tradução e sem conhecimento sobre os conceitos explorados (um dos retradutores é Docente do Ensino Superior e Tradutor e Intérprete Espanhol-Português e o outro é formado em Jornalismo e a exercer na Área de Apoio ao Cliente (apêndices 5 e 6));

(5) Versão síntese da retroversão: nesta etapa foi produzida uma versão síntese do instrumento pela equipa de investigação, a partir das duas retroversões independentes construídas na fase anterior (apêndice 7);

(6) Validação por comité de peritos: foi desenvolvida uma versão pré-final portuguesa do instrumento por um comité de peritos constituído pelos tradutores envolvidos no processo de tradução e retroversão, e por um perito em musculoesquelética, um perito em musculoesquelética e comunicação clínica e um perito em linguística (apêndice 8);

(7) Estudo piloto: a análise de compreensão e aceitação (validade de conteúdo) foi feita por um painel de 44 indivíduos com condições musculoesqueléticas que preencheram o dossier do estudo piloto (apêndice 9) e os comentários feitos pelos mesmos (apêndice 10) foram analisados pela equipa de investigação:

- **Comentários do participante A1003:** a sugestão dada no primeiro comentário corresponde à instrução 4 do questionário (“4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para não se enganar).”) e no segundo comentário sugere que a afirmação 7 “poderia ser feita de outra forma”, estando este relacionado com o seu grau de concordância com a afirmação e não com a estrutura da mesma;

- **Comentário do participante A1022:** fez um comentário quanto ao seu grau de concordância relativamente às afirmações 9 e 10, não sugerindo nenhuma alteração à estrutura, instruções, itens ou opções de resposta do questionário;

- **Comentário do participante B1015:** faz um comentário quanto ao seu grau de concordância relativamente à

afirmação 6, não sugerindo nenhuma alteração à estrutura, instruções, itens ou opções de resposta do questionário;

- **Comentário do participante A1014:** reporta que assinalou a resposta errada quando se inverte a ordem das opções de resposta na afirmação 9, não sugerindo nenhuma alteração à estrutura, instruções, itens ou opções de resposta do questionário;

- **Comentário do participante B1002:** reporta dificuldade na leitura do questionário por usar óculos e não os ter na data do preenchimento, não sugerindo nenhuma alteração à estrutura, instruções, itens ou opções de resposta do questionário;

- **Comentário do participante A1005:** reporta que a inversão das opções de resposta a partir da afirmação 9 pode induzir respostas erradas, contudo, sendo este método adotado na versão original e este comentário não ter sido feito por mais participantes, consideramos que se deve manter esta metodologia de resposta.

A equipa de investigação considerou que, atendendo aos comentários feitos pelos participantes durante o estudo piloto, não deviam ser modificadas as instruções, itens ou opções de resposta do questionário desenvolvido na fase do painel de peritos. Assim, a versão final portuguesa do instrumento encontra-se no apêndice 11.

(8) Auditoria final: no apêndice 12 encontra-se o parecer dos autores originais ao processo metodológico de adaptação do instrumento para português europeu, após análise da documentação presente neste dossier.

Observação: ao longo do processo a equipa de investigação entrou em contacto com os autores originais para colocar questões e/ou dúvidas que surgiram (apêndice 13).

Apêndice 1. Autorização dos autores da versão original

 João Moreira
seg, 12/04/2021 17:58
Para: jmorera.el@uchceu.es
Cc: Carmen Caeiro; Lúcia Domingues

Dear Jaume Morera Balaguer,

My name is João Moreira and I am a Portuguese Physiotherapist currently attending a Master's Degree in Musculoskeletal Physiotherapy in Portugal, provided by the Health School of the Polytechnic Institute of Setúbal (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal), the Faculty of Medical Sciences of NOVA University of Lisbon (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa) and the National School of Public Health (Escola Nacional de Saúde Pública).

I am starting my research project and would like to request your permission to translate and culturally adapt the Person-Centered Therapeutic Relationship in Physiotherapy Scale (PCTR-PT) for the European Portuguese population. This project is supervised by Carmen Caeiro (PT, MSc, PhD) and Lúcia Domingues (PT, MSc, PhD).

I look forward for your kind response. Please accept my deepest thanks.

Yours sincerely,
João Moreira

 Jaime Vicente Morera Balaguer <jmorera.el@uchceu.es>
sex, 23/04/2021 18:41
Para: Você

Dear João,

First of all, I would like to apologize for the delay in responding you. I hope it arrives on time.

I am very happy and honored by your interest in our questionnaire, and of course you have my permission for its translation and adaptation into Portuguese.

One of the projects I had in mind for the next few years was precisely to carry out this work myself, since Portuguese is a language shared by many health professionals around the world, and the level of physical therapy in the countries Portuguese speaking is high. Also, and in a more personal field, because I am in love with your country.

Therefore, I want to take this opportunity to offer my help in whatever you may need. If you or your supervisors are interested in it, you would have no problem doing a stay at one of the universities where you will be doing this work.

I don't speak Portuguese, but I do read and understand it, and I have skills for languages. In fact, If you don't mind you can write me in your language any time you need to contact me.

Best regards,

...



Jaime Vicente Morera Balaguer
Profesor Universidad - Enfermería y Fisioterapia
Universidad CEU Cardenal Herrera
Plaza Reyes Católicos, 19. 03204 Elche - Alicante
Tel. 96 542 64 86 - 67516
www.uchceu.es

Formulário para tradução da RTCP-F

☒ Tradutor 1

☐ Tradutor 2

Identificação do Tradutor (iniciais do primeiro e último nome)

MG

Perfil do Tradutor (assinale a opção com uma cruz):

☒ Conhecimento do conceito

☐ Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade

Fisioterapeuta

Justificação para ser considerado “Bilingue”

Nasci em Portugal e há seis anos que vivo na cidade de Barcelona em Espanha (há quatro anos fiz o exame de certificação do idioma DELE B2)

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES	TRADUÇÃO
ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN FISIOTERAPIA	Escala de relação terapêutica centrada na pessoa, em fisioterapia
Este cuestionario está dirigido a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS	Este questionário está destinado a conhecer a relação terapêutica entre os pacientes e os seus fisioterapeutas
Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente	Diversos estudos demonstraram a sua importância nos processos de recuperação do paciente
SU información nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	A sua informação pode ajudar-nos a melhorar a relação terapêutica
INSTRUCCIONES para rellenar el cuestionario:	Instruções para o preenchimento do questionário:
1) A continuación aparece una lista de afirmaciones y preguntas acerca de sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale qué categoría de respuesta describe mejor su propia experiencia.	1) Seguidamente listam-se afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o seu fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta descreve melhor a sua própria experiência.
2) Lea bien las preguntas y las respuestas	2) Leia com atenção as perguntas e respostas
3) NO DEJE preguntas SIN contestar.	3) Não deixe nenhuma pergunta sem resposta
3) Señale así x las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no equivocarse).	3) Assinale com uma cruz (x) as respostas adequadas (faça-o com cuidado para evitar erros)
Indique su grado de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones:	Indique o seu grau de conformidade em relação às seguintes afirmações:
¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!	Muito obrigado pela sua colaboração!

PONTUAÇÃO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

TRADUÇÃO

Totalmente de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Totalmente em desacordo
----------------------	-----------	--------------------------------	--------------	-------------------------

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		TRADUÇÃO
1	Creo que mi fisioterapeuta y yo hemos conectado.	Creio que eu e o meu fisioterapeuta simpatizamos um com o outro.
2	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona el mejor cuidado y atención posibles.	Sinto que o meu fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.
3	Mi fisioterapeuta es amable conmigo.	O meu fisioterapeuta é amável comigo.
4	Creo que mi fisioterapeuta es una persona accesible.	Creio que o meu fisioterapeuta é uma pessoa acessível.
5	Mi fisioterapeuta se interesa en cómo soy como persona y me trata de manera individual	O meu fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada.
6	Mi fisioterapeuta identifica mi estado físico y/o emocional y ajusta el tratamiento en función del mismo	O meu fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/o emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.
7	Entre mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre lo que yo quiero conseguir con el tratamiento de Fisioterapia.	Eu e o meu fisioterapeuta debatemos sobre o que pretendo conseguir com o tratamento de Fisioterapia.
8	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre el tratamiento a seguir	Eu e o meu fisioterapeuta definimos em comum o tratamento a realizar.
9	Cuando mi fisioterapeuta me explica ejercicios o consejos para mi salud, después me pregunta por ellos y los revisa si es necesario.	Quando o meu fisioterapeuta me explica os exercícios ou conselhos para a minha saúde, depois faz um acompanhamento dos mesmos e realiza uma revisão se vê necessário.
10	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad para salir adelante con mi propio esfuerzo.	O meu fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço
11	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice o hace en el proceso de tratamiento.	O meu fisioterapeuta transmite-me segurança naquilo que diz ou faz durante o processo de tratamento.
12	El tono y el volumen de voz de mi fisioterapeuta me generan confianza.	O tom e o volume de voz do meu fisioterapeuta dão-me confiança.
13	La mirada de mi fisioterapeuta me genera confianza.	O olhar do meu fisioterapeuta dá-me confiança.
14	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.	Sinto que o meu fisioterapeuta se interessa pelo que lhe digo.

15	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y sencilla.	O meu fisioterapeuta fala de maneira fácil e entendível.
----	--	--

RELATÓRIO

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

1. Em português não costumamos dizer que conectámos bem com uma pessoa. Seria o que normalmente dizemos “*bom feeling*” ou seja diríamos que simpatizamos um com o outro.

Obrigado pela colaboração.

Apêndice 3. Formulário de tradução do tradutor 2

Formulário para tradução da RTCP-F

☐ Tradutor 1

☒ Tradutor 2

Identificação do Tradutor (iniciais do primeiro e último nome)

OM

Perfil do Tradutor (assinale a opção com uma cruz):

☐ Conhecimento do conceito

☒ Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade:

Docente de Espanhol do 3º CEB e Secundário

Justificação para ser considerado “Bilingue”:

Formação académica superior em língua espanhola e falante nativa de português

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES	TRADUÇÃO
ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN FISIOTERAPIA	Escala de relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia
Este cuestionario está dirigido a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS	Este questionário destina-se a conhecer a relação terapêutica entre os pacientes e os/as seus/suas fisioterapeutas.
Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente	Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente
SU información nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	A sua resposta pode ajudar a melhorar a relação terapêutica
INSTRUCCIONES para rellenar el cuestionario:	Instruções para preenchimento do questionário:
1) A continuación aparece una lista de afirmaciones y preguntas acerca de sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale qué categoría de respuesta describe mejor su propia experiencia.	1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.
2) Lea bien las preguntas y las respuestas	2) Leia bem as perguntas e as respostas
3) NO DEJE preguntas SIN contestar.	3) Não deixe perguntas por responder.
3) Señale así x las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no equivocarse).	4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para que não se engane)
Indique su grado de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones:	Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:
¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!	Agradecemos a sua colaboração.

PONTUAÇÃO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

TRADUÇÃO

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		TRADUÇÃO
1	Creo que mi fisioterapeuta y yo hemos conectado.	Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.
2	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona el mejor cuidado y atención posibles.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e a melhor atenção possíveis.
3	Mi fisioterapeuta es amable conmigo.	O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.
4	Creo que mi fisioterapeuta es una persona accesible.	Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.
5	Mi fisioterapeuta se interesa en cómo soy como persona y me trata de manera individual	O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por me conhecer e trata-me de forma individual.
6	Mi fisioterapeuta identifica mi estado físico y/o emocional y ajusta el tratamiento en función del mismo	O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.
7	Entre mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre lo que yo quiero conseguir con el tratamiento de Fisioterapia.	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.
8	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre el tratamiento a seguir	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir.
9	Cuando mi fisioterapeuta me explica ejercicios o consejos para mi salud, después me pregunta por ellos y los revisa si es necesario.	Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.
10	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad para salir adelante con mi propio esfuerzo.	O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de superar as dificuldades com o meu próprio esforço.
11	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice o hace en el proceso de tratamiento.	O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo do tratamento.
12	El tono y el volumen de voz de mi fisioterapeuta me generan confianza.	O tom e o volume de voz usado pelo/a meu/minha fisioterapeuta fazem-me sentir confiante.

13	La mirada de mi fisioterapeuta me genera confianza.	O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta faz-me sentir confiante.
14	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.
15	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y sencilla.	O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de uma forma acessível e simples.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

A tradução deste questionário foi feita no estrito respeito pelo original e procurando tirar partido da semelhança estrutural entre a língua portuguesa e espanhola e tendo em conta que ambas as culturas partilham muitos traços comuns. Assim, procura-se que a tradução seja um registo fiel do seu original. As alterações introduzidas são agora expostas.

Ao longo da tradução do questionário optou-se por usar a expressão “o/a meu/minha fisioterapeuta” dado que é uma profissão exercida por ambos os géneros. Registe-se que em espanhol o adjetivo “mi” não tem dissidência de género.

Na primeira questão, a expressão “hemos conectado” foi traduzida para português como “estabelecemos uma boa relação”, uma vez que a expressão usada na versão espanhola se reveste de um maior grau de informalidade, bem aceite na cultura espanhola, mas não recomendada na cultura portuguesa.

Na nona questão, a expressão “revisa” foi traduzida para português como “ajusta”. Na verdade, traduzido à letra “revisa” seria “revê”, contudo, em português a expressão mais comum quando se referem terapêuticas é “ajusta”, no sentido de alterar para melhor, após avaliação da aplicação.

Na décima questão, a expressão “salir adelante” foi traduzida para português como “superar”, uma vez que a expressão usada na versão espanhola se reveste de um maior grau de informalidade, bem aceite na cultura espanhola, mas não recomendada na cultura portuguesa.

Obrigado pela colaboração.

Apêndice 4. Versão síntese da tradução

Relatório do processo de síntese de tradução

PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE DA TRADUÇÃO LÍNGUA ORIGINAL - LÍNGUA PORTUGUESA

1	Identificação:	MG
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta
2	Identificação:	OM
	Profissão/ Área de atividade:	Docente de Espanhol do 3º CEB e Secundário
3	Identificação:	MS
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculosqueléticas
4	Identificação:	JM
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculosqueléticas
5	Identificação:	CC
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
6	Identificação:	LD
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico

Data: 14/11/2021

Instrumento: Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia (RTCF-P)

INSTRUÇÕES	TRADUÇÃO 1	TRADUÇÃO 2	VERSÃO SÍNTESE
ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN FISIOTERAPIA	Escala de relação terapêutica centrada na pessoa, em fisioterapia	Escala de relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia	ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA
Este cuestionario está dirigido a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS	Este questionário está destinado a conhecer a relação terapêutica entre os pacientes e os seus fisioterapeutas	Este questionário destina-se a conhecer a relação terapêutica entre os pacientes e os/as seus/suas fisioterapeutas.	Este questionário destina-se a CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS PACIENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS
Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente	Diversos estudos demonstraram a sua importância nos processos de recuperação do paciente	Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente	Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente
SU información nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	A sua informação pode ajudar-nos a melhorar a relação terapêutica	A sua resposta pode ajudar a melhorar a relação terapêutica	A sua resposta pode AJUDAR-NOS a MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA
INSTRUCCIONES para rellenar el cuestionario:	Instruções para o preenchimento do questionário:	Instruções para preenchimento do questionário:	INSTRUÇÕES para preenchimento do questionário:
1) A continuación aparece una lista de afirmaciones y preguntas acerca de sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale qué categoría de respuesta describe mejor su propia experiencia.	1) Seguidamente listam-se afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o seu fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta descreve melhor a sua própria experiência.	1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.	1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.
2) Lea bien las preguntas y las respuestas	2) Leia com atenção as perguntas e respostas	2) Leia bem as perguntas e as respostas	2) Leia com atenção as perguntas e as respostas
3) NO DEJE preguntas SIN contestar.	3) Não deixe nenhuma pergunta sem resposta	3) Não deixe perguntas por responder.	3) NÃO DEIXE perguntas por responder.

3) Señale así x las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no equivocarse).	3) Assinale com uma cruz (x) as respostas adequadas (faça-o com cuidado para evitar erros)	4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para que não se engane)	4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para que não se engane).
Indique su grado de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones:	Indique o seu grau de conformidade em relação às seguintes afirmações:	Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:	Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:
¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!	Muito obrigado pela sua colaboração!	Agradecemos a sua colaboração.	Muito obrigado pela sua colaboração.

PONTUAÇÃO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

TRADUÇÃO 1

Totalmente de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Totalmente em desacordo
----------------------	-----------	--------------------------------	--------------	-------------------------

TRADUÇÃO 2

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

VERSÃO SÍNTESE

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		TRADUÇÃO 1	TRADUÇÃO 2	VERSÃO SÍNTESE
1	Creo que mi fisioterapeuta y yo hemos conectado.	Creio que eu e o meu fisioterapeuta simpatizamos um com o outro.	Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.	Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.
2	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona el mejor cuidado y atención posibles.	Sinto que o meu fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e a melhor atenção possíveis.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.
3	Mi fisioterapeuta es amable conmigo.	O meu fisioterapeuta é amável comigo.	O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.	O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.
4	Creo que mi fisioterapeuta es una persona accesible.	Creio que o meu fisioterapeuta é uma pessoa acessível.	Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.	Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.
5	Mi fisioterapeuta se interesa en cómo soy como persona y me trata de manera individual	O meu fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada.	O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por me conhecer e trata-me de forma individual.	O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada.
6	Mi fisioterapeuta identifica mi estado físico y/o emocional y ajusta el tratamiento en función del mismo	O meu fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/o emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.	O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.	O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.
7	Entre mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre lo que yo quiero conseguir con el tratamiento de Fisioterapia.	Eu e o meu fisioterapeuta debatemos sobre o que pretendo conseguir com o tratamento de Fisioterapia.	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.
8	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre el tratamiento a seguir	Eu e o meu fisioterapeuta definimos em comum o tratamento a realizar.	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir.	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir.
9	Cuando mi fisioterapeuta me explica ejercicios o consejos para mi salud, después me pregunta por ellos y los revisa si es necesario.	Quando o meu fisioterapeuta me explica os exercícios ou conselhos para a minha saúde, depois faz um acompanhamento dos	Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-	Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-

		mesmos e realiza uma revisão se vê necessário.	me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.	me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.
10	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad para salir adelante con mi propio esfuerzo.	O meu fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço	O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de superar as dificuldades com o meu próprio esforço.	O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.
11	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice o hace en el proceso de tratamiento.	O meu fisioterapeuta transmite-me segurança naquilo que diz ou faz durante o processo de tratamento.	O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo do tratamento.	O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.
12	El tono y el volumen de voz de mi fisioterapeuta me generan confianza.	O tom e o volume de voz do meu fisioterapeuta dão-me confiança.	O tom e o volume de voz usado pelo/a meu/minha fisioterapeuta fazem-me sentir confiante.	O tom e o volume de voz usado pelo/a meu/minha fisioterapeuta dão-me confiança.
13	La mirada de mi fisioterapeuta me genera confianza.	O olhar do meu fisioterapeuta dá-me confiança.	O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta faz-me sentir confiante.	O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta dá-me confiança.
14	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.	Sinto que o meu fisioterapeuta se interessa pelo que lhe digo.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.
15	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y sencilla.	O meu fisioterapeuta fala de maneira fácil e entendível.	O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de uma forma acessível e simples.	O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Instrução 1: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 2: optou-se pela versão do tradutor 2 (questionar ao painel de peritos a possibilidade de alteração do termo “pacientes” por “utentes”, dado que, apesar do primeiro ser a tradução literal da versão original, o segundo é mais comumente utilizado no contexto da fisioterapia português);

Instrução 3: optou-se pela versão do tradutor 2 (questionar ao painel de peritos a possibilidade de alteração do termo “processos” por “processo”, dado que, apesar do primeiro ser a tradução literal da versão original, o termo em análise refere-se à recuperação de um paciente singular e a expressão conjunta “processo de recuperação do paciente” é mais utilizada no contexto da fisioterapia português do que a expressão “processos de recuperação do paciente”);

Instrução 4: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Instrução 5: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 6: optou-se pela versão do tradutor 2 (questionar ao painel de peritos qual será a expressão mais adequada, se “aparecerá” (tradução literal) ou “é apresentada” com vista a facilitar a compreensão da instrução);

Instrução 7: optou-se pela versão do tradutor 1;

Instrução 8: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 9: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 10: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 11: optou-se pela versão do tradutor 1;

Pontuações: optou-se pelas versões do tradutor 2;

Item 1: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 2: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Item 3: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 4: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 5: optou-se pela conjugação de ambas as versões (questionar ao painel de peritos qual será a expressão mais adequada, se “por mim” (sugerido pelo tradutor 1) ou “por mim como pessoa” com vista a facilitar a compreensão do item);

Item 6: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 7: optou-se pela versão do tradutor 2 [questionar ao painel de peritos qual será a expressão a utilizar: (1) se “acordamos” (sugerido pelo tradutor 2) ou “debateamos” (sugerido pelo tradutor 1) ou “concordamos” (sugerido pelo painel de síntese da tradução) e (2) se “o que eu quero conseguir” (sugerido pelo tradutor 2) ou “o que eu pretendo alcançar” (é mais utilizado no contexto da fisioterapia português)];

Item 8: optou-se pela versão do tradutor 2 (questionar ao painel de peritos qual será a expressão a utilizar, se “acordamos” (sugerido pelo tradutor 2) ou “concordamos”);

Item 9: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 10: optou-se pela conjugação de ambas as versões (questionar ao painel de peritos a existência de outra expressão que se considere mais adequada ao contexto, ao invés de “esforço”);

Item 11: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 12: optou-se pela conjugação de ambas as versões (questionar ao painel de peritos qual será a expressão a utilizar, “dão-me confiança” (sugerido pelo tradutor 1) ou “transmitem-me confiança”);

Item 13: optou-se pela conjugação de ambas as versões (questionar ao painel de peritos qual será a expressão a utilizar, “dá-me confiança” (sugerido pelo tradutor 1) ou “transmite-me confiança”);

Item 14: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 15: optou-se pela conjugação de ambas as versões (questionar ao painel de peritos qual será a expressão a utilizar, “fala-me” (sugerido pelo tradutor 2) ou “fala comigo”).

Formulário para retroversão da RTCP-F

☒ **Retradutor 1**

☐ **Retradutor 2**

Identificação do Tradutor (iniciais do primeiro e último nome)

LG

Perfil do Tradutor (assinale a opção com uma cruz):

☐ Conhecimento do conceito

☒ Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade

Professor de ensino superior, licenciado em Filologia Hispânica e em Filologia Portuguesa pela Universidade de Salamanca. Doctor em Linguística contrastiva espanhol-português pela mesma universidade. Tradutor e intérprete espanhol-português no tribunal de Castelo Branco.

Justificação para ser considerado “Bilingue” e cego em relação ao instrumento Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia (RTCF-P)

Eu, Luis Vicente Gómez García, desconheço o/s documento/s original ou originais, a partir dos quais fiz a presente retradução.

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES	RETROVERSÃO
ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA	Cuestionario de relación terapéutica centrada en la persona en fisioterapia
Este questionário destina-se a CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS PACIENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS	Este cuestionario se destina a conocer la relación terapéutica existente entre los pacientes y sus fisioterapeutas
Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente	Diversos estudios han demostrado su importancia (la importancia de esta relación) en los procesos de recuperación del paciente
A sua resposta pode AJUDAR-NOS a MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA	Su respuesta puedo ayudarnos a mejorar la relación terapéutica.
INSTRUÇÕES para preenchimento do questionário:	Instrucciones para rellenar el cuestionario:
1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.	1) A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones y preguntas acerca de sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Reflexione y señale qué tipo de respuestas describe más acertadamente su experiencia con su fisioterapeuta.
2) Leia com atenção as perguntas e as respostas	2) Lea con atención las preguntas y las respuestas
3) NÃO DEIXE perguntas por responder.	3) Por favor, no deje preguntas sin responder.
4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para que não se engane).	4) señale con una X (equis) las respuestas correctas/ adecuadas (hágalo con cuidado, para que no se equivoque)

Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:	Indique su grado/ nivel de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones
Muito obrigado pela sua colaboração.	Muchas gracias por su colaboración

PONTUAÇÃO

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

RETROVERSÃO

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	En desacuerdo totalmente
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

ITENS DA VERSÃO TRADUZIDA		RETROVERSÃO
1	Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.	Considero que mi fisioterapeuta y yo tenemos una buena relación/ hemos conectado bien.
2	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona los mejores cuidados y atenciones posibles.
3	O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.	Mi fisioterapeuta es educado/ amable conmigo.
4	Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.	Considero que mi fisioterapeuta es una persona comprensiva.
5	O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada.	Mi fisioterapeuta muestra interés por mí y me trata de manera/ forma individual.
6	O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.	Mi fisioterapeuta consigue identificar mi estado físico y/o emocional y de acuerdo con eso ajusta el tratamiento.
7	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.	Mi fisioterapeuta y yo nos podemos de acuerdo acerca de lo que quiero conseguir con el tratamiento de fisioterapia.
8	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir.	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo acerca del tratamiento a seguir.
9	Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.	Cuando mi fisioterapeuta me explica los ejercicios o me da consejos para mi salud, después me pregunta sobre ellos, revisándolos si es necesario.
10	O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad de mejorar con mi propio esfuerzo.

11	O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice y/o hace durante el tratamiento.
12	O tom e o volume de voz usado pelo/a meu/minha fisioterapeuta dão-me confiança.	El tono y el volumen de voz usados por mi fisioterapeuta me transmiten confianza.
13	O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta dá-me confiança.	La mirada de mi fisioterapeuta me transmite confianza.
14	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.	Siento que mi fisioterapeuta muestra interés por lo que le digo.
15	O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.	Mi fisioterapeuta comunica/ habla conmigo de forma fácil y simple.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Em ocasiões referi duas possíveis variantes de tradução para a língua espanhola.

Obrigado pela colaboração.

Apêndice 6. Formulário de retroversão do retradutor 2

Formulário para retroversão da RTCP-F

☐ Retradutor 1

☒ Retradutor 2

Identificação do Tradutor (iniciais do primeiro e último nome)

LA

Perfil do Tradutor (assinale a opção com uma cruz):

☐ Conhecimento do conceito

☒ Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade

Formada em Jornalismo / Trabalho na área de Apoio ao Cliente

Justificação para ser considerado “Bilingue” e cego em relação ao instrumento Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia (RTCF-P)

Sou portuguesa, estudei em Espanha e neste momento estou a tirar o nível C2 de Português

**Não conheço o instrumento original

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES	RETROVERSÃO
ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA	EN FISIOTERAPIA, ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA
Este questionário destina-se a CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS PACIENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS	Este cuestionario está destinado a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS
Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente	Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente.
A sua resposta pode AJUDAR-NOS a MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA	Su respuesta nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
INSTRUÇÕES para preenchimento do questionário:	INSTRUCCIONES para completar el cuestionario
1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.	1) A continuación aparecerá una lista de afirmaciones y preguntas sobre sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale la categoría de respuesta que mejor describa su propia experiencia.
2) Leia com atenção as perguntas e as respostas	2) Lea con atención las preguntas y las respuestas.
3) NÃO DEIXE perguntas por responder.	3) NO DEJE preguntas sin responder.
4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para que não se engane).	4) Señale con una X las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no confundirse)
Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:	Indique su grado de acuerdo en relación a las siguientes afirmaciones:
Muito obrigado pela sua colaboração.	Muchas gracias por su colaboración

PONTUAÇÃO

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

RETROVERSÃO

Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	-----------------	--------------------------------	--------------------	--------------------------

ITENS DA VERSÃO TRADUZIDA	RETROVERSÃO
1	Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.
2	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.
3	O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.
4	Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.
5	O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada.
6	O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.
7	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.
8	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir.
9	Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.
10	O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.
11	O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.
12	O tom e o volume de voz usado pelo/a meu/minha fisioterapeuta dão-me confiança.

13	O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta dá-me confiança.	La mirada de mi fisioterapeuta me da confianza.
14	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.
15	O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y simple.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Embora o conteúdo não fosse complicado por vezes fiquei com a dúvida de estar a exprimir aquilo que se pretendia.

Penso que finalmente correu bem pois penso que pretende ser acessível para todos os doentes/clientes

Fico ao dispor para qualquer esclarecimento.

Obrigado pela colaboração.

Relatório do processo de síntese de retroversão

PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE DA RETROVERSÃO LÍNGUA PORTUGUESA - LÍNGUA ORIGINAL

1	Identificação:	LG
	Profissão/ Área de atividade:	Docente Ensino Superior / Tradutor e Intérprete Espanhol-Português
2	Identificação:	LA
	Profissão/ Área de atividade:	Área de Apoio ao Cliente (formada em Jornalismo)
3	Identificação:	MS
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas
4	Identificação:	JM
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas
5	Identificação:	CC
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
6	Identificação:	LD
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico

Data: 24/11/2021

Instrumento: Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia (RTCF-P)

INSTRUÇÕES - TRADUÇÃO	RETROVERSÃO 1	RETROVERSÃO 2	VERSÃO SÍNTESE 2
ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA	Cuestionario de relación terapéutica centrada en la persona en fisioterapia	EN FISIOTERAPIA, ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA	ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN FISIOTERAPIA
Este questionário destina-se a CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS PACIENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS	Este cuestionario se destina a conocer la relación terapéutica existente entre los pacientes y sus fisioterapeutas	Este cuestionario está destinado a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS	Este cuestionario está destinado a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS
Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente	Diversos estudios han demostrado su importancia (la importancia de esta relación) en los procesos de recuperación del paciente	Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente.	Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente
A sua resposta pode AJUDAR-NOS a MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA	Su respuesta puede ayudarnos a mejorar la relación terapéutica.	Su respuesta nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	Su respuesta nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
INSTRUÇÕES para preenchimento do questionário:	Instrucciones para rellenar el cuestionario:	INSTRUCCIONES para completar el cuestionario	INSTRUCCIONES para rellenar el cuestionario:
1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.	1) A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones y preguntas acerca de sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Reflexione y señale qué tipo de respuestas describe más acertadamente su experiencia con su fisioterapeuta.	1) A continuación aparecerá una lista de afirmaciones y preguntas sobre sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale la categoría de respuesta que mejor describa su propia experiencia.	1) A continuación aparecerá una lista de afirmaciones y preguntas sobre sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale la categoría de respuesta que mejor describa su propia experiencia.
2) Leia com atenção as perguntas e as respostas	2) Lea con atención las preguntas y las respuestas	2) Lea con atención las preguntas y las respuestas.	2) Lea con atención las preguntas y las respuestas
3) NÃO DEIXE perguntas por responder.	3) Por favor, no deje preguntas sin responder.	3) NO DEJE preguntas sin responder.	3) NO DEJE preguntas sin responder.

4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para que não se engane).	4) señale con una X (equis) las respuestas correctas/ adecuadas (hágalo con cuidado, para que no se equivoque)	4) Señale con una X las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no confundirse)	4) Señale con una X las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para que no se equivoque)
Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:	Indique su grado/ nivel de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones	Indique su grado de acuerdo en relación a las siguientes afirmaciones:	Indique su grado de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones:
Muito obrigado pela sua colaboração.	Muchas gracias por su colaboración	Muchas gracias por su colaboración	Muchas gracias por su colaboración

PONTUAÇÃO TRADUÇÃO

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

RETROVERSÃO 1

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	En desacuerdo totalmente
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

RETROVERSÃO 2

Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	-----------------	--------------------------------	--------------------	--------------------------

VERSÃO SÍNTESE 2

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

TRADUÇÃO		RETROVERSÃO 1	RETROVERSÃO 2	VERSÃO SÍNTESE 2
1	Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.	Considero que mi fisioterapeuta y yo tenemos una buena relación/ hemos conectado bien.	Pienso que mi fisioterapeuta y yo tenemos una buena relación.	Pienso que mi fisioterapeuta y yo tenemos una buena relación.
2	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona los mejores cuidados y atenciones posibles.	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona la mejor atención y cuidados posibles.	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona la mejor atención y cuidados posibles.
3	O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.	Mi fisioterapeuta es educado/ amable conmigo.	Mi fisioterapeuta es gentil (amable) conmigo	Mi fisioterapeuta es amable conmigo.
4	Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.	Considero que mi fisioterapeuta es una persona comprensiva.	Considero que mi fisioterapeuta es una persona accesible.	Considero que mi fisioterapeuta es una persona accesible.
5	O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada.	Mi fisioterapeuta muestra interés por mí y me trata de manera/ forma individual.	Mi fisioterapeuta se interesa por mí y me trata de forma individualizada.	Mi fisioterapeuta se interesa por mí y me trata de forma individualizada.
6	O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.	Mi fisioterapeuta consigue identificar mi estado físico y/o emocional y de acuerdo con eso ajusta el tratamiento.	Mi fisioterapeuta identifica mi estado físico y/o emocional y ajusta el tratamiento en función del mismo.	Mi fisioterapeuta identifica mi estado físico y/o emocional y ajusta el tratamiento en función del mismo.
7	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.	Mi fisioterapeuta y yo nos podemos de acuerdo acerca de lo que quiero conseguir con el tratamiento de fisioterapia.	Mi fisioterapeuta y yo acordamos lo que quiero conseguir con el tratamiento de fisioterapia.	Mi fisioterapeuta y yo acordamos acerca de lo que quiero conseguir con el tratamiento de fisioterapia.
8	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir.	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo acerca del tratamiento a seguir.	Mi fisioterapeuta y yo acordamos el tratamiento a seguir.	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo acerca del tratamiento a seguir.
9	Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.	Cuando mi fisioterapeuta me explica los ejercicios o me da consejos para mi salud, después me pregunta sobre ellos, revisándolos si es necesario.	Cuando mi fisioterapeuta me explica los ejercicios o me da consejos para mi salud, me consulta después sobre los mismos y los ajusta en caso de que sea necesario.	Cuando mi fisioterapeuta me explica los ejercicios o me da consejos para mi salud, me consulta después sobre los mismos y los ajusta en caso de que sea necesario.

10	O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad de mejorar con mi propio esfuerzo.	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo capacidad de mejorar con mi propio esfuerzo.	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad de mejorar con mi propio esfuerzo.
11	O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice y/o hace durante el tratamiento.	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice o hace durante el proceso del tratamiento.	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice o hace durante el proceso del tratamiento.
12	O tom e o volume de voz usado pelo/a meu/minha fisioterapeuta dão-me confiança.	El tono y el volumen de voz usados por mi fisioterapeuta me transmiten confianza.	El tono de voz y volumen usado por mi fisioterapeuta me da confianza.	El tono y el volumen de voz usados por mi fisioterapeuta me transmiten confianza.
13	O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta dá-me confiança.	La mirada de mi fisioterapeuta me transmite confianza.	La mirada de mi fisioterapeuta me da confianza.	La mirada de mi fisioterapeuta me da confianza.
14	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.	Siento que mi fisioterapeuta muestra interés por lo que le digo.	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.
15	O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.	Mi fisioterapeuta comunica/ habla conmigo de forma fácil y simple.	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y simple.	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y simple.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Instrução 1: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Instrução 2: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 3: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 4: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 5: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Instrução 6: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 7: optou-se pela versão de ambos os tradutores;

Instrução 8: optou-se pela versão do tradutor 2;

Instrução 9: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Instrução 10: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Instrução 11: optou-se pela versão de ambos os tradutores;

Pontuação 1: optou-se pela versão de ambos os tradutores;

Pontuação 2: optou-se pela versão do tradutor 1;

Pontuação 3: optou-se pela versão de ambos os tradutores;

Pontuação 4: optou-se pela versão do tradutor 1;

Pontuação 5: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 1: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 2: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 3: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Item 4: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 5: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 6: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 7: optou-se pela conjugação de ambas as versões;

Item 8: optou-se pela versão do tradutor 1;

Item 9: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 10: optou-se pela versão do tradutor 1;

Item 11: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 12: optou-se pela versão do tradutor 1;

Item 13: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 14: optou-se pela versão do tradutor 2;

Item 15: optou-se pela versão do tradutor 2.

Síntese do comité de peritos

Secção 1 - Caraterização dos elementos do painel de peritos

1	Identificação:	MG (Tradutor 1)
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta
2	Identificação:	OM (Tradutor 2)
	Profissão/ Área de atividade:	Docente de Espanhol do 3º CEB e Secundário
3	Identificação:	LG (Retradutor 1)
	Profissão/ Área de atividade:	Docente Ensino Superior / Tradutor e Intérprete Espanhol-Português
4	Identificação:	LA (Retradutor 2)
	Profissão/ Área de atividade:	Teleoperador Especialista de Apoio ao Cliente
5	Identificação:	DC (Perito em Musculoesquelética)
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta/ Mestre em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas
6	Identificação:	LS (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica)
	Profissão/ Área de atividade:	Fisioterapeuta
7	Identificação:	AC (Perito em Linguística)
	Profissão/ Área de atividade:	Docente do Ensino Superior Politécnico e Linguista

Secção 2 - Comentário e sugestões gerais sobre o questionário

1. No geral, considera o questionário claro, fácil de compreender e de responder?	Sim		Não	
Perito 1 (Tradutor 1): Sim Perito 2 (Tradutor 2): Sim Perito 3 (Retradutor 1): Sim Perito 4 (Retradutor 2): Sim Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Sim Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Sim Perito 7 (Perito em Linguística): Sim				
2. Na sua opinião, considera que as instruções de preenchimento do questionário estão rigorosamente traduzidas?	Sim		Não	
Perito 1 (Tradutor 1): Sim Perito 2 (Tradutor 2): Sim Perito 3 (Retradutor 1): Sim Perito 4 (Retradutor 2): Sim Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Sim Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Sim Perito 7 (Perito em Linguística): Sim				
3. Na sua opinião, considera que o sistema de pontuação do questionário (opções de resposta) está rigorosamente traduzido?	Sim		Não	
Perito 1 (Tradutor 1): Sim Perito 2 (Tradutor 2): Sim Perito 3 (Retradutor 1): Não (Existe o problema identificado sobre a consideração dos autores originais do instrumento) Perito 4 (Retradutor 2): Sim Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Sim Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Sim Perito 7 (Perito em Linguística): Não (A classificação da escala pode ser formulada de forma mais rigorosa, em dois pontos, de modo a ser mais clara e precisa – cf. comentários em baixo)				
4. Na sua opinião, considera que as 15 (quinze) afirmações do questionário estão rigorosamente traduzidas?	Sim		Não	
Perito 1 (Tradutor 1): Sim Perito 2 (Tradutor 2): Sim Perito 3 (Retradutor 1): Sim Perito 4 (Retradutor 2): Sim Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Não (9. Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário. – sugiro retirar o depois, parece-me uma redundância e limitado no tempo relativamente ao momento imediatamente após a educação, que acho que em espanhol não é bem isso que se percebe.) Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Sim Perito 7 (Perito em Linguística): Não (Há traduções que podem ser revistas, ainda que de forma pontual – cf. comentários em baixo, ponto a ponto)				
5. Na sua opinião, considera algum item / palavra pouco claro(a) ou ambíguo(a)?	Sim		Não	
Perito 1 (Tradutor 1): Não (Considero que os itens/palavras estão claros.)				

Perito 2 (Tradutor 2): Não Perito 3 (Retradutor 1): Não Perito 4 (Retradutor 2): Não Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Sim (5. O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada. – sugeriria como mais perceptível “de forma individual”; 6. O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo. – sugeriria como forma mais perceptível pelas pessoas “tem em conta o meu estado físico...” ou “...avalia ou tem em conta...” em vez de “identifica”; 7. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia. – parece-me muito ambígua a palavra. Sugeriria “estabelecemos um acordo”; 8. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir. – parece-me ambíguo, sugiro também: “estabelecemos um acordo”) Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Sim (Na primeira afirmação, pelo que percebo, o fisioterapeuta e o paciente estabeleceram uma relação (conectaram-se/ligaram-se), A palavra “boa” deveria ser retirada, pois já está a classificar a relação estabelecida, que até pode ser “aceitável”, “agradável”, “muito boa” ou “excelente”.) Perito 7 (Perito em Linguística): Sim (Há algumas palavras/expressões que podem ser revistas, ainda que de forma pontual – cf. comentários em baixo, ponto a ponto)				
6. Na sua opinião, considera algum item do questionário inapropriado culturalmente?		Sim		Não
Perito 1 (Tradutor 1): Não (Considero que todos os itens estão apropriados culturalmente.) Perito 2 (Tradutor 2): Não Perito 3 (Retradutor 1): Não Perito 4 (Retradutor 2): Não Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Não Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Não Perito 7 (Perito em Linguística): Não (No global, não, embora um dos termos que possa ser culturalmente adequado (estabelecer uma boa relação) possa não ser conceptualmente adequado)				

Secção 3 - Comentários e sugestões específicos sobre o questionário

Instruções

VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO SÍNTESE 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO SÍNTESE 2 (Retroversão para a língua espanhola)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	ANÁLISE
ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN FISIOTERAPIA	ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA	ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN FISIOTERAPIA	✓	✓
Este cuestionario está dirigido a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS	Este questionário destina-se a CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS PACIENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS	Este cuestionario está destinado a CONOCER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FISIOTERAPEUTAS	Perito 1 (Tradutor 1): Na versão original em espanhol não é feita distinção entre o género os/as ou seus/suas, é utilizado o género masculino incluindo os dois generos. Se considerarem identificar os generos será útil colocar "...relação terapêutica entre os/as pacientes" para seguir o memos critério Perito 7 (Perito em Linguística): Concordo com a consideração apresentada. Falta pontuação; a sugestão é: Este questionário destina-se a CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS PACIENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS. Há oscilação na literatura e documentação de saúde entre o termo "paciente", "utente" ou mesmo "cliente" - "doente", um termo mais clássico, há algum tempo tem sido posto de parte, por frisar a condição de doença, que pode não existir aquando da utilização de cuidados de saúde de uma forma mais lata.	Opta-se por fazer distinção de género quanto ao "paciente" de acordo com o comentário do perito 1 (tradutor 1) e opta-se por seguir a sugestão do perito 7 (perito em linguística). Desta forma, a versão final é: Este questionário destina-se a CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS/AS UTENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS.
Consideração do tradutor 2: Na versão consenso 1, optou-se por usar a expressão "o/a meu/minha fisioterapeuta" em concordância com o comentário do tradutor 2 ("Ao longo da tradução do questionário optou-se por usar a expressão "o/a meu/minha fisioterapeuta" dado que é uma profissão exercida por ambos os géneros. Registe-se que em espanhol o adjetivo "mi" não tem dissidência de género.").				

			Pessoalmente, parece-me que dos três “utente” é o termo mais neutro pois não enfatiza a condição de doença (que “paciente” acaba por ainda ter em parte na linguagem coloquial) nem a condição de relação comercial associada a “cliente” (uma tradução direta do inglês). A ERS usa na sua documentação o termo “utente” também - por exemplo aqui: https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf Para a distinção paciente/doente, veja-se: https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/consultorio/perguntas/pacientedoente/10218	
Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente	Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente	Diversos estudios han demostrado su importancia en los procesos de recuperación del paciente	Perito 7 (Perito em Linguística): Falta pontuação; a sugestão é: Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do paciente.	Opta-se por seguir a sugestão do perito 7 (perito em linguística) e as sugestões do perito 1 (tradutor 1) e do perito 7 na instrução acima. Desta forma, a versão final é: Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do/da utente.
SU información nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	A sua resposta pode AJUDAR-NOS a MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA	Su respuesta nos puede AYUDAR a MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	Perito 3 (Retradutor 1): Me parece más adecuado sus respuestas que su información, si bien en español ambas son semánticamente equivalentes resulta más cercana al paciente su respuesta. En portugués me parece adecuado su respuesta, pero ojo debe ir en plural: sus respuestas	Opta-se por usar o plural e por seguir a sugestão do perito 7 (perito em linguística). Desta forma, a versão final é: As suas respostas podem AJUDAR-NOS a MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA.

			Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): “As suas respostas...” Perito 7 (Perito em Linguística): Falta pontuação; a sugestão é: A sua resposta pode AJUDAR-NOS a MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA.	
INSTRUCCIONES para rellenar el cuestionario:	INSTRUÇÕES para preenchimento do questionário:	INSTRUCCIONES para rellenar el cuestionario:	Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Ficaria mais correto: “INSTRUÇÕES para o preenchimento do questionário:” ou “INSTRUÇÕES para preencher o questionário:”	Opta-se por seguir a 1ª sugestão dada. Desta forma, a versão final é: INSTRUÇÕES para o preenchimento do questionário:
1) A continuación aparece una lista de afirmaciones y preguntas acerca de sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale qué categoría de respuesta describe mejor su propia experiencia.	1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.	1) A continuación aparecerá una lista de afirmaciones y preguntas sobre sus experiencias personales con su fisioterapeuta. Piense y señale la categoría de respuesta que mejor describa su propia experiencia.	Perito 3 (Retradutor 1): melhor descreve ou descreve melhor... é a dúvida que tenho, mas um nativo saberá que fica melhor. Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Sugiro como mais perceptível: “1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale a que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.”	A versão final segue a versão síntese 1: 1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.
2) Lea bien las preguntas y las respuestas	2) Leia com atenção as perguntas e as respostas	2) Lea con atención las preguntas y las respuestas	Perito 7 (Perito em Linguística): Falta pontuação nas frases autónimas; a sugestão é – aplica-se a outras frases em baixo: 2) Leia com atenção as perguntas e as respostas.	Opta-se por colocar pontuação final em concordância com as restantes instruções numeradas do questionário. Desta forma, a versão final é: 2) Leia com atenção as perguntas e as respostas.

3) NO DEJE preguntas SIN contestar.	3) NÃO DEIXE perguntas por responder.	3) NO DEJE preguntas sin responder.	Perito 3 (Retradutor 1): Responder y contestas son semánticamente equivalentes	A versão final segue a versão síntese 1: 3) NÃO DEIXE perguntas por responder.
3) Señale así x las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no equivocarse).	4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para que não se engane).	4) Señale con una X las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para que no se equivoque)	Perito 3 (Retradutor 1): En español está más clara la versión 2, que es muy apropiada en portugués, assinale con x. DE ACUERDO Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Sugiro como mais perceptível (sendo que só deve escolher uma opção): “4) Assinale com X a resposta que considera mais adequada (faça-o com cuidado para que não se engane).” Perito 7 (Perito em Linguística): Concordo, mas sugiro uma formulação mais simples do ponto de vista da estrutura linguística: 4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para não se enganar).	Opta-se por seguir a sugestão do perito 7 (perito em linguística). Desta forma, a versão final é: 4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para não se enganar).
Indique su grado de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones:	Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:	Indique su grado de acuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones:	Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): “Indique o quanto concorda com as seguintes afirmações:”	A versão final segue a versão síntese 1: Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:
¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!	Muito obrigado pela sua colaboração.	Muchas gracias por su colaboración	Perito 7 (Perito em Linguística): Sugestão para neutralidade de género na formulação (obrigado é usado por enunciadores masculinos e obrigada por enunciadores femininos): Agradecemos a sua colaboração!	Opta-se por seguir a sugestão dada. Desta forma, a versão final é: Agradecemos a sua colaboração!

Pontuação

VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO SÍNTESE 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO SÍNTESE 2 (Retroversão para a língua espanhola)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	ANÁLISE
Totalmente de acuerdo	Concordo totalmente	Totalmente de acuerdo	Perito 2 (Tradutor 2): Na realidade, em português verifica-se que há diferença entre “discordo” e “discordo totalmente”. Sendo pertinente acrescentar que, em português, a escala Likert quando utilizada para expresar concordancia apresenta-se nos termos propostos. A título de exemplo vd. https://mindminers.com/blog/entenda-o-que-e-escala-likert/ e https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_Likert Perito 3 (Retradutor 1): De acuerdo con el comentario, por ello creo que la versión para portugués es más acertada que la versión 2 de español. Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Concordo com a versão Consenso 1. Perito 7 (Perito em Linguística): Aceito a formulação, que é a canónica em escalas deste tipo, e pode refletir a gradação de concordância. Contudo, efetivamente do ponto de vista linguístico, “concordo” e “discordo” induzem uma leitura total e não parcial como a escala pressupõe. Assim, sugiro acrescentar-se o advérbio “parcialmente” nos dois itens, ficando: “Concordo parcialmente” e “Discordo parcialmente”.	Opta-se por seguir os comentários do perito 2 (tradutor 2), 3 (retradutor 1) e 6 (perito em musculoesquelética e em comunicação clínica). Desta forma, a versão final segue a versão síntese 1: Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
De acuerdo	Concordo	De acuerdo		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Não concordo nem discordo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
En desacuerdo	Discordo	No estoy de acuerdo		
Totalmente en desacuerdo	Discordo totalmente	Totalmente en desacuerdo		
Consideração dos autores originais do instrumento: Os autores registaram o seguinte comentário, após análise do processo de tradução e de retroversão, que deixamos para vossa análise: <i>“En español decir “no estoy de acuerdo” implica la totalidad de no estar de acuerdo, por lo tanto, sería lo mismo que “totalmente en desacuerdo”. Si en portugués existe diferencia entre “disacordo” y “totalmente en disacordo”, lo podéis dejar tal y como está.”</i>				

Questionário

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO SÍNTESE 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO SÍNTESE 2 (Retroversão para a língua espanhola)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	ANÁLISE
1	Creo que mi fisioterapeuta y yo hemos conectado.	Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.	Pienso que mi fisioterapeuta y yo tenemos una buena relación.	Perito 1 (Tradutor 1): Estou de acordo com a condideração dada pelos autores do documento no que respeita à alteração da palavra “creo por pensó que” Perito 2 (Tradutor 2): Neste ponto colocam-se duas questões:1. é difícil encontrar uma expressão com equivalencia a “hemos conectado”, assim, a opção recaiu em “establecer uma relação” e não em “ter uma boa relação”, esta última referindo, de facto, uma relação estabelecida, ideia que não está no original. Considero que se deve manter “establecemos uma boa relação”; 2. quanto ao uso do verbo “pensar”, ainda que em português seja usado para referir uma percepção, não vejo qualquer inconveniente em substituir a proposta de tradução, aproximando-a do original, o que seria, “Creio que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.” Perito 3 (Retradutor 1): Pienso y creo, en contexto informal son casi equivalentes en español, en português existe más formalidad al escribir, y se usa más pensó que creio/ acho...	Opta-se pela sugestão do perito 7 (perito em linguística) em substituir a palavra “penso” por “considero”, estando esta decisão em concordância com a tradução do item 4. Opta-se por manter “uma boa relação” quanto à tradução da expressão “ <i>hemos conectado</i> ”, atendendo aos comentários do perito 2 (tradutor 2) e do perito 3 (retradutor 1). Desta forma, a versão final é: Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.
	Consideração do tradutor 2: Na primeira questão, a expressão “hemos conectado” foi traduzida para português como “estabelecemos uma boa relação”, uma vez que a expressão usada na versão espanhola se reveste de um maior grau de informalidade, bem aceite na cultura espanhola, mas não recomendada na cultura portuguesa. Consideração dos autores originais do instrumento: “<i>Nosotros pusimos: "Creo que mi fisioterapeuta y yo hemos conectado" y haría referencia a "feeling", a "buenas vibraciones", es una sensación de poder estar bien con otra persona. Vosotros lo traducís por: "Pienso que mi fisioterapeuta y yo tenemos una buena relación", la relación sería algo ya instaurado, nosotros hablamos de sensaciones, de primer contacto. Además, cambiáis "creo" por "pienso", no es lo mismo una creencia (algo instaurado y pasivo) que un pensamiento (activo y actual). Probablemente las creencias den paso a los pensamientos (a través de una determinada creencia, pienso y actúo). El instrumento creado se basa en experiencias y subjetividades de la persona, por lo que sí creemos necesario mantener CREO en vez de Pienso, si es que en portugués no significan lo mismo.</i>”				

		respecto a conectar, es muy difícil traducir a portugués, y dependería de cuántas sesiones ha tenido el paciente antes de rellenar el cuestionario. En general me parece adecuada la traducción a português Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): A palavra “estabelecemos” poderia ser substituída por “temos” como mais informal e mais comum. No entanto não considero que altere o sentido. Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): De acordo com as considerações dos autores do instrumento. Perito 7 (Perito em Linguística): Entendo a reserva expressa pelos autores originais. Não estou certa de haver uma melhor expressão para “nos hemos conectado” em português europeu - talvez “criámos laços”, mas não julgo que se aplique, culturalmente no contexto de uma relação terapêutica. Contudo, concordo que se possa alterar o verbo para “acredito” ou “creio” ou “considero” (não tanto “sinto” – porque em rigor não remete para um sentimento mas para uma percepção).	
--	--	--	--

				Deve, se possível, haver coerência no uso dos verbos, conforme sugerido no ponto 4, em baixo.	
2	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona el mejor cuidado y atención posibles.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.	Siento que mi fisioterapeuta me proporciona la mejor atención y cuidados posibles.	Perito 1 (Tradutor 1): Penso que será melhor manter a orden das palabras quando se faz a segunda tradução: el mejor cuidado y atención posibles” Perito 7 (Perito em Linguística): Concordo, mas, por questões de coerência, pode usar-se a seguinte formulação (cf. ponto 4 em baixo): Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.	A versão final segue a versão síntese 1: Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.
3	Mi fisioterapeuta es amable conmigo.	O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.	Mi fisioterapeuta es amable conmigo.	Perito 3 (Retradutor 1): Gentil em português parece-me pouco empregado...eu preferia algum outro sinónimo mais informal... Perito 7 (Perito em Linguística): Concordo, mas, por questões de coerência, pode usar-se a seguinte formulação (cf. ponto 4 em baixo): Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.	A versão final segue a versão síntese 1: O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.
4	Creo que mi fisioterapeuta es una persona accesible.	Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.	Considero que mi fisioterapeuta es una persona accesible.	Perito 1 (Tradutor 1): Eu diria o mesmo que a consideração dos autores.	A versão final segue a versão síntese 1, de acordo com as sugestões do perito 3 (retradutor 1) e 7 (perito em linguística): Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.
	Consideração dos autores originais do instrumento: ““Creo que mi fisioterapeuta es una persona accesible”, pasa lo mismo, se traduce por “Considero que mi fisioterapeuta es una persona accesible”, aunque aquí si podríamos equiparar creencia y consideración, ya que la consideración significa: “Reflexión MEDITADA que expresa la opinión que se tiene sobre alguien o algo”. Para unificar términos, creemos que se			Perito 2 (Tradutor 2): Quanto ao uso do verbo “considerar”, não vejo qualquer inconveniente em substituir a proposta de tradução, aproximando-a do original, e mantendo uniformidade	

	debería mantener la palabra CREO o en su defecto CONSIDERO, si equivale a CREO en español en los ítems 1 y 4.”			o que seria, “Creio que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.” Perito 3 (Retradutor 1): Me parece correcto mantener considero Perito 7 (Perito em Linguística): Parece-me “considero” o termo mais adequado aqui.	
5	Mi fisioterapeuta se interesa en cómo soy como persona y me trata de manera individual	O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada.	Mi fisioterapeuta se interesa por mí y me trata de forma individualizada.	Perito 2 (Tradutor 2): De forma a aproximar do original, pode-se alterar a primeira proposta de tradução, evitando a possível ambiguidade que os autores referem, o que seria: “O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim, enquanto pessoa, e trata-me de forma individualizada.” Perito 3 (Retradutor 1): El comentario de los autores es pertinente, pero en vez de como persona, que en portugués a mi parecer carece del significado de por mi estado o patología, debería traducirse a portugués como se interesa pelo meu estado de saúde/ pelo meu estado... esto debe ser resuelto por algún nativo de portugués Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): 5. O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim e trata-me de forma individualizada. – sugeria como mais perceptível “de forma individual”	Opta-se por seguir a primeira sugestão do perito 7 (perito em linguística), no seguimento da consideração dos autores originais do instrumento. Desta forma, a versão final é: O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se pela minha pessoa e trata-me de forma individualizada.
	Consideração dos autores originais do instrumento: "Mi fisioterapeuta se interesa en cómo soy como persona y me trata de manera individual" se traduce por "Mi fisioterapeuta se interesa por mí y me trata de forma individualizada", entendemos que nosotros nos referimos al interés del fisioterapeuta en la persona en su globalidad, por eso mantenemos los términos "como persona", y a través de ese interés por la globalidad, se adapta el trato (la relación) de manera individualizada. Aquí se traduce "se interesa por mí" y no creemos que los términos "por mi" puedan ser entendidos por los pacientes como "por mi patología", "por mi estado", etc.				

				Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): De acordo com as considerações dos autores do instrumento original. "...interessa-se por mim como pessoa e atende-me de forma individual." Perito 7 (Perito em Linguística): Entendo a reserva dos autores originais e sugiro em alternativa: O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se pela minha pessoa e trata-me de forma individualizada. ou O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se pela pessoa que sou e trata-me de forma individualizada.	
6	Mi fisioterapeuta identifica mi estado físico y/o emocional y ajusta el tratamiento en función del mismo	O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.	Mi fisioterapeuta identifica mi estado físico y/o emocional y ajusta el tratamiento en función del mismo.	Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): 6. O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo. – sugeria como forma mais perceptível pelas pessoas "tem em conta o meu estado físico..." ou "...avalia ou tem em conta..." em vez de "identifica"	A versão final segue a versão síntese 1: O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.
7	Entre mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre lo que yo quiero conseguir con el tratamiento de Fisioterapia.	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.	Mi fisioterapeuta y yo acordamos acerca de lo que quiero conseguir con el tratamiento de fisioterapia.	Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): 7. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia. – parece-me muito	Opta-se por seguir a 2ª sugestão do perito 7 (perito em linguística). Desta forma, a versão final é:

				ambígua a palavra. Sugeria “estabelecemos um acordo” Perito 7 (Perito em Linguística): Sugiro uma reformulação, porque o sentido mais frequente do verbo “acordar” é “sair do sono” – duas possibilidades: O/A meu/minha fisioterapeuta e eu pomo-nos de acordo sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia. ou O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.	O/A meu/minha fisioterapeuta chegamos a acordo sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.
8	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo sobre el tratamiento a seguir	O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir.	Mi fisioterapeuta y yo nos ponemos de acuerdo acerca del tratamiento a seguir.	Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): 8. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu acordamos sobre o tratamento a seguir. – parece-me ambíguo, sugiro também: “estabelecemos um acordo” Perito 7 (Perito em Linguística): Idem; sugiro a seguinte reformulação (a usar coherentemente com o ponto anterior): O/A meu/minha fisioterapeuta e eu pomo-nos de acordo sobre o tratamento a seguir. ou	Opta-se por seguir a 2ª sugestão do perito 7 (perito em linguística). Desta forma, a versão final é: O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o tratamento a seguir.

				O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o tratamento a seguir.	
9	Cuando mi fisioterapeuta me explica ejercicios o consejos para mi salud, después me pregunta por ellos y los revisa si es necesario.	Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.	Cuando mi fisioterapeuta me explica los ejercicios o me da consejos para mi salud, me consulta después sobre los mismos y los ajusta en caso de que sea necesario.	Perito 2 (Tradutor 2): Em português, quando em contexto semelhante se fala em “ajustar”, significa alterar para adaptar-se melhor à situação. Parece-me assim que é esta a melhor opção de tradução. Ainda assim, é possível dizer-se “Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e revê-os caso seja necessário.” Perito 3 (Retradutor 1): Creo incluso que ajustar queda mejor en português que revisar, pero debe ser considerado por un nativo Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): 9. Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário. – sugiro retirar o depois, parece-me uma redundância e limitado no tempo relativamente ao momento imediatamente após a educação, que acho que em espanhol não é bem isso que se percebe.) Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): De acordo.	Opta-se pelas sugestões do perito 3 (retradutor 1) e 7 (perito em linguística), no seguimento da consideração dos autores originais do instrumento. Desta forma, a versão final é: Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.
	Consideração dos autores originais do instrumento: “<i>“Cuando mi fisioterapeuta me explica ejercicios o consejos para mi salud, después me pregunta por ellos y los revisa si es necesario”, la palabra REVISAR se cambia por AJUSTAR. En español por revisar nos referimos a corregir aquello que fuese necesario, y ajustar es “encajar una cosa con otra adaptándola” Si en portugués tiene el mismo significado podría dejarse tal y como está.”</i>				

				“...mina saúde, depois, se necessário, pergunta-me por eles e revê-os.” Perito 7 (Perito em Linguística): Concordo que “ajustar” em português europeu possa não integrar totalmente a ideia que dizem querer expressar no texto original, de “corrigir o que for necessário”. A tradução direta seria “rever”. As duas formulações parecem-me ajustadas, contudo.	
10	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad para salir adelante con mi propio esfuerzo.	O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.	Mi fisioterapeuta me hace creer que tengo la capacidad de mejorar con mi propio esfuerzo.	✓	✓
11	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice o hace en el proceso de tratamiento.	O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.	Mi fisioterapeuta me transmite seguridad en lo que dice o hace durante el proceso del tratamiento.	✓	✓
12	El tono y el volumen de voz de mi fisioterapeuta me generan confianza.	O tom e o volume de voz usado pelo/a meu/minha fisioterapeuta dão-me confiança.	El tono y el volumen de voz usados por mi fisioterapeuta me transmiten confianza.	Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em Comunicação Clínica): Substituiria “dão-me” por “transmitem-me”. Perito 7 (Perito em Linguística): Efetivamente a concordância deve ser plural - “usados”.	Opta-se pela sugestão do perito 6 (perito em musculoesquelética e em comunicação clínica) e do perito 7 (perito em linguística). Desta forma, a versão final é: O tom e o volume de voz usados pelo/a meu/minha fisioterapeuta transmitem-me confiança.
13	La mirada de mi fisioterapeuta me genera confianza.	O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta dá-me confiança.	La mirada de mi fisioterapeuta me da confianza.	Perito 6 (Perito em Musculoesquelética e em	Opta-se pela sugestão do perito 6 (perito em musculoesquelética

				Comunicação Clínica): Substituiria "dá-me" por "transmite-me".	e em comunicação clínica). Desta forma, a versão final é: O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta transmite-me confiança.
14	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.	Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.	Siento que mi fisioterapeuta se interesa por lo que le digo.	✓	✓
15	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y sencilla.	O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.	Mi fisioterapeuta me habla de manera fácil y simple.	Perito 5 (Perito em Musculoesquelética): Acho que seria mais adequada a palavra "compreensível" em vez de "fácil" – simples e compreensível. Sinto que fica mais próximo daquilo que queremos realmente saber (fugirá muito ao original?)	A versão final segue a versão síntese 1: O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.

Carta explicativa do estudo

Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para Português Europeu

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar neste estudo integrado no Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas que resulta da parceria entre o Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), através da Escola Superior de Saúde (ESS), e a Universidade Nova de Lisboa (UNL), através da NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/FCM) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Este estudo tem como Orientadora a Professora Carmen Caeiro e como Coorientadora a Professora Lúcia Domingues. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Este documento inclui duas partes: a parte 1 apresenta-lhe informação sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido. Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

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

Qual é o propósito deste estudo?

O propósito deste estudo é contribuir para a validação de um questionário de autopreenchimento para a população portuguesa numa amostra de utentes com condições musculoesqueléticas. Este instrumento permite avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa, possibilitando a análise e reflexão da implementação deste modelo na prática clínica dos fisioterapeutas.

Por que fui convidado(a)?

Foi convidada(o) para participar neste estudo por ter diagnóstico de condição musculoesquelética, ter idade superior a 18 anos e frequentar sessões de fisioterapia num dos locais parceiros deste estudo.

Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. Iremos descrever-lhe o estudo ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. Caso aceite participar, solicitaremos o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Esta decisão não afetará o seu tratamento atual e futuro, direitos de saúde ou legais.

O que acontece, se aceitar participar?

Se decidir participar irá preencher três questionários. Este estudo não interfere com o plano de tratamento de fisioterapia, na medida em que irá manter a intervenção recomendada para a sua condição tal como foi previsto pelo seu fisioterapeuta

responsável. O primeiro questionário pretende recolher as suas características sociodemográficas e clínicas, o segundo questionário apresenta questões relacionadas com a relação terapêutica estabelecida entre si e o seu fisioterapeuta e o terceiro questionário pretende recolher informações sobre a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação das palavras utilizadas no instrumento preenchido previamente.

O que terei que fazer?

Após a assinatura do consentimento informado ser-lhe-á pedido para preencher o questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos, o questionário com 15 afirmações relacionadas com a relação terapêutica estabelecida entre si e o seu fisioterapeuta e, finalmente, o questionário para avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação das palavras utilizadas no instrumento preenchido previamente. Estima-se um tempo total de 15 minutos para o preenchimento dos questionários.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

A sua participação neste estudo irá ajudar-nos na validação de um instrumento para avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa. Não lhe podemos prometer que este estudo a(o) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retiramos dele, para além de contribuir para a validação do instrumento, permitirá avaliar uma componente importante do tratamento e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados de fisioterapia.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Os procedimentos descritos para a realização deste estudo não apresentam riscos associados, pelo que, não são esperadas quaisquer implicações negativas para os seus participantes.

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Seguiremos um conjunto de princípios éticos de forma a assegurar que a sua participação seja confidencial. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação.

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

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, bastando para isso referir ao seu fisioterapeuta. Se desistir do estudo, não utilizaremos os dados que lhe digam respeito.

E se houver algum problema?

Se pretender informação adicional deverá contactar os investigadores através dos endereços, joao.afonso.moreira@estudantes.ips.pt (João Moreira) e margarida.m.silva@estudantes.ips.pt (Margarida Silva), ou a orientadora científica, através do endereço carmen.caeiro@ess.ips.pt (Carmen Caeiro). Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, poderá contactar a Comissão Especializada de Ética para a investigação da ESS-IPS, através do endereço ceei.ctc@ess.ips.pt.

A minha participação neste estudo será confidencial e anónima?

Sim. Toda a informação relacionada com a sua identidade será mantida em estrita confidencialidade e será mencionada de forma codificada e anónima. Será utilizado um código nos questionários a que irá responder para ocultar a sua verdadeira identidade. Os seus dados serão trabalhados conjuntamente com os de outros participantes, sem que seja possível identificá-la(o).

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

A informação recolhida através dos questionários será introduzida de forma codificada numa base de dados para análise posterior. Os questionários preenchidos serão armazenados pelos investigadores responsáveis pelo estudo, em local seguro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a impedir o acesso a outras pessoas. Os questionários serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação e poderão ser publicados em revistas científicas. Não será mencionada a sua verdadeira identidade em qualquer circunstância.

Gratos pela atenção dispensada,

João Moreira

Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas lecionado em parceria entre o IPS, através da ESS, e a UNL, através da NMS/FCM e da ENSP.

E-mail: joao.afonso.moreira@estudantes.ips.pt

Margarida Silva

Estudante do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas lecionado em parceria entre o IPS, através da ESS, e a UNL, através da NMS/FCM e da ENSP.

E-mail: margarida.m.silva@estudantes.ips.pt

Carmen Caeiro

Professora Adjunta no Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS

E-mail: carmen.caeiro@ess.ips.pt

Lúcia Domingues

Professora Adjunta no Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS

E-mail: lucia.domingues@ess.ips.pt

Declaração de consentimento informado

Título do Projeto: Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para Português Europeu

Estudantes / Investigadores Responsáveis: João Moreira e Margarida Silva

Orientadores Científicos: Professora Doutora Carmen Caeiro e Professora Doutora Lúcia Domingues

Caro(a) Senhor(a),

É convidado a participar num estudo enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), pela NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/FCM) e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

O objetivo do estudo é contribuir para a validação da versão Portuguesa da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia, através do estudo da sua validade de conteúdo (clareza, compreensão, relevância cultural e adequação das palavras utilizadas). Este instrumento permite avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa, possibilitando a análise e reflexão da implementação deste modelo na prática clínica dos fisioterapeutas.

Li e compreendi a ficha informativa. Foram-me explicados o objetivo e procedimentos envolvidos no estudo. As minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória.

Compreendi que a minha participação é voluntária e que não foram identificados riscos/ consequências negativas associadas à participação neste estudo.

Tomei conhecimento de que o convite para integrar o estudo resultou da verificação de um conjunto de critérios e que, no seguimento da assinatura desta declaração irei preencher três questionários.

Sei que a informação referente à minha identificação pessoal será mantida anónima e confidencial e apenas manuseada pelos investigadores deste estudo e utilizada para fins de investigação. Compreendi que os dados serão armazenados de forma segura.

Sei que tenho o direito de não participar no estudo e que sou livre de abandoná-lo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA
ESCALA DE RELACIÓN TERAPÉUTICA CENTRADA EN LA PERSONA EN
FISIOTERAPIA PARA PORTUGUÊS EUROPEU**

João Moreira; Margarida Silva; Lúcia Domingues; Carmen Caeiro

CADERNO DE INSTRUMENTOS - FASE 1

Protocolo de recolha de dados

Este protocolo aplica-se apenas aos participantes no estudo que:

- ⇒ Cumpram os critérios de inclusão;
 - (1) Idade superior a 18 anos;
 - (2) Ter realizado, no mínimo, 3 sessões de tratamento de fisioterapia;
 - (3) Saber ler e escrever em português;
 - (4) Diagnóstico clínico de condição musculoesquelética;
- ⇒ Não apresentem critérios de exclusão;
 - (1) Diagnóstico clínico do foro cardiorrespiratório, neuromuscular, metabólico, génito-urinário e reprodutivo, tegumentário, saúde mental ou vestibular;
 - (2) Presença de sinais ou sintomas associados a patologia grave que contraindique a prática da fisioterapia;
- ⇒ Aceitem participar no estudo após leitura da ficha informativa;
- ⇒ Assinem o consentimento informado.

A participação nesta fase do estudo implica o preenchimento dos instrumentos num único momento de avaliação (após ter cumprido 3 sessões de fisioterapia).

NOME DO FISIOTERAPEUTA: _____

Declaração de consentimento informado

Título do Projeto: Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para Português Europeu

Estudantes / Investigadores Responsáveis: João Moreira e Margarida Silva

Orientadores Científicos: Professora Doutora Carmen Caeiro e Professora Doutora Lúcia Domingues

Caro(a) Senhor(a),

É convidado a participar num estudo enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia em Condições Musculoesqueléticas lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), pela NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/FCM) e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

O objetivo do estudo é contribuir para a validação da versão Portuguesa da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia, através do estudo da sua validade de conteúdo (clareza, compreensão, relevância cultural e adequação das palavras utilizadas). Este instrumento permite avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa, possibilitando a análise e reflexão da implementação deste modelo na prática clínica dos fisioterapeutas.

Li e compreendi a ficha informativa. Foram-me explicados o objetivo e procedimentos envolvidos no estudo. As minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória.

Compreendi que a minha participação é voluntária e que não foram identificados riscos/ consequências negativas associadas à participação neste estudo.

Tomei conhecimento de que o convite para integrar o estudo resultou da verificação de um conjunto de critérios e que, no seguimento da assinatura desta declaração irei preencher três questionários.

Sei que a informação referente à minha identificação pessoal será mantida anónima e confidencial e apenas manuseada pelos investigadores deste estudo e utilizada para fins de investigação. Compreendi que os dados serão armazenados de forma segura.

Sei que tenho o direito de não participar no estudo e que sou livre de abandoná-lo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____

Avaliação - Estudo Piloto

(Após verificação dos critérios de inclusão, leitura da carta explicativa do estudo e assinatura de consentimento informado)

(Após ter cumprido três sessões de fisioterapia)

Tempo de preenchimento previsto apenas num momento: **15 minutos**

Seguir a ordem indicada

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica
2. Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia
3. Questionário do Estudo Piloto

1. Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

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

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____

2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Peso (kg): _____

4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu estado civil? (escolha uma das seguintes opções):

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

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

Ensino Primário ou Inferior ☐ Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) ☐

Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) ☐

Ensino Superior completo ☐

7. Qual é a sua situação profissional? (escolha uma das seguintes opções):

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

Reformada(o) ☐ Doméstica(o) ☐

DADOS CLÍNICOS

8. Qual o seu diagnóstico clínico? (escreva o diagnóstico correspondente):

9. Região anatómica de diagnóstico (escolha uma ou mais das seguintes opções):

Cervical ☐ Torácica ☐ Lombar ☐ Sacroilíaca ☐ Ombro ☐ Cotovelo ☐

Punho/ mão ☐ Anca ☐ Joelho ☐ Tornozelo/ pé ☐

10. Atualmente toma alguma medicação para a sua condição? (escolha uma das seguintes opções):

Sim ☐ Não ☐

11. No último ano faltou ao trabalho devido à sua condição? (escolha uma das seguintes opções):

Sim ☐ Não ☐ Não aplicável ☐

11.1. Se sim, quantas vezes? (escolha uma das seguintes opções):

1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ☐ Mais de 3 vezes ☐

11.2. Durante quanto tempo? (escolha uma das seguintes opções):

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

12. No último ano esteve de baixa remunerada? (escolha uma das seguintes opções):

Sim ☐ Não ☐ Não aplicável ☐

13. Setor de fisioterapia (escolha uma das seguintes opções):

Público ☐ Privado ☐ Outro ☐

14. Frequência semanal das sessões de fisioterapia (escolha uma das seguintes opções):

1 vez por semana ☐ 2 vezes por semana ☐ 3 vezes por semana ☐ 4 vezes por semana ☐
5 vezes por semana ☐

15. Quantas sessões de fisioterapia realizou? (escreva o número correspondente):

16. Duração média das sessões de fisioterapia (escolha uma das seguintes opções):

< 30 minutos ☐ 30 a 45 minutos ☐ 45 a 60 minutos ☐ > 60 minutos ☐

2. Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia

ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA

Este questionário destina-se a **CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS/AS UTENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS.**

Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do/da utente.

As suas respostas podem AJUDAR-NOS a **MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA.**

INSTRUÇÕES para o preenchimento o questionário:

- 1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.
- 2) Leia com atenção as perguntas e as respostas.
- 3) NÃO DEIXE perguntas por responder.
- 4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para não se enganar).

Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:

1. *Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.*

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

2. *Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.*

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

3. *O/A meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.*

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

4. Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

5. O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se pela minha pessoa e trata-me de forma individualizada.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

6. O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

7. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

8. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o tratamento a seguir.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

9. Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

10. O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

11. O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

12. O tom e o volume de voz usados pelo/a meu/minha fisioterapeuta transmitem-me confiança.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

13. O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta transmite-me confiança.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

14. Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

15. O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO!

Rodriguez-Nogueira, O., Balaguer, J. M., Lopez, A. N., Merino, J. R., Botella-Rico, J. M., Del Rio-Medina, S., & Poyato, A. R. M. (2020). The psychometric properties of the personcentered therapeutic relationship in physiotherapy scale. *PLoS ONE*, 15(11 November), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241010>

3. Questionário do estudo piloto

1. Opinião geral sobre o instrumento

Leia atentamente cada questão e assinale com um X na resposta que achar apropriada.

1.	Na sua opinião as instruções dadas foram claras?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu não, por favor indique o(s) motivo(s).		
2.	Acha que poderá ser difícil compreender as instruções?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu sim, por favor indique o(s) motivo(s).		
3.	Considera que falta referir algum fator nas instruções?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu sim, por favor indique qual(ais).		
4.	Acha que a linguagem utilizada (termos e palavras) no instrumento é de fácil compreensão?	Sim ☐	Não ☐
	Se a resposta for não, por favor escreva qual(ais) as palavras mais difícil(eis) de compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:		
	Palavra a substituir do questionário	Palavra substituta	
5.	Identifica alguma afirmação que seja pouco clara ou ambígua?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu sim, por favor indique o(s) motivo(s).		
6.	Sentiu dificuldade em selecionar uma opção de resposta devido à estrutura do questionário?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu sim, por favor indique o(s) motivo(s).		
7.	Considera que a leitura foi difícil devido, por exemplo, ao tamanho/tipo de letra usado ou devido ao formato do questionário?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu sim, por favor indique o(s) motivo(s).		
8.	Na sua opinião o formato do questionário é claro e sugestivo?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu não, por favor indique o(s) motivo(s).		

9.	Opôs-se a responder a alguma afirmação?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu sim, por favor indique o(s) motivo(s).		
10.	Deseja adicionar alguma sugestão ou comentário acerca do questionário?	Sim ☐	Não ☐
	Se respondeu sim, por favor indique a(s) o que deseja acrescentar.		

2. Questões particulares acerca da versão portuguesa do instrumento RTCP-F.

Se pretender particularizar alguma dificuldade de uma afirmação em específico pode fazê-lo através das questões indicadas nas seguintes tabelas:

Afirmação número: _____	
Teve dificuldade na compreensão da afirmação?	
De que forma a interpreta?	
Considera ser pertinente para a sua situação?	
Escreveria a afirmação de forma diferente?	
As opções de resposta estão coerentes com a afirmação?	
Outros comentários ou sugestões acerca da afirmação:	

Afirmação número: _____	
Teve dificuldade na compreensão da afirmação?	
De que forma a interpreta?	
Considera ser pertinente para a sua situação?	
Escreveria a afirmação de forma diferente?	
As opções de resposta estão coerentes com a afirmação?	
Outros comentários ou sugestões acerca da afirmação:	

Afirmação número: _____	
Teve dificuldade na compreensão da afirmação?	
De que forma a interpreta?	
Considera ser pertinente para a sua situação?	
Escreveria a afirmação de forma diferente?	
As opções de resposta estão coerentes com a afirmação?	
Outros comentários ou sugestões acerca da afirmação:	

Quanto tempo demorou a responder ao questionário? _____ minutos

Apêndice 10. Comentários do estudo piloto

Participante	Questão do questionário piloto	Comentário
B1011	2	Na questão 2 (“Acha que poderá ser difícil compreender as instruções?”), o participante com o código B1011 assinalou a opção “Sim”, mas depois não justificou.
A1003	3	Referir que se deve assinalar com o (X) no quadrado pretendido.
		Afirmção 7: Penso que esta afirmação poderia ser feita de outra forma, visto que o plano de tratamento já se encontra delineado.
A1022	5	Nos pontos 7 e 8 fala sobre chegar a acordo sobre o tratamento, no entanto não há propriamente acordo uma vez que o tratamento é prescrito pelo fisiatra e executado pelo fisioterapeuta.
B1015	6	Nem sempre a identificação de sentimentos e estados físicos ou psicológicos é fácil.
A1014		Enganei-me na resposta quando mudaram a ordem das respostas (questão 9)
B1002	7	Porque uso óculos e neste momento não os trouxe comigo.
A1006		Na questão 7 (“Considera que a leitura foi difícil devido, por exemplo, ao tamanho/tipo de letra usado ou devido ao formato do questionário?”), o participante com o código A1006 assinalou a opção “Sim”, mas depois não justificou.
A1005	10	Não sei se foi propositado, mas a troca de ordem das respostas a partir da P. 9 pode induzir respostas erradas se não se derem conta a tempo. Sei que pedem atenção na leitura, mas é um risco.

ESCALA DE RELAÇÃO TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA EM FISIOTERAPIA

Este questionário destina-se a **CONHECER A RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE OS/AS UTENTES E OS/AS SEUS/SUAS FISIOTERAPEUTAS.**

Diversos estudos têm demonstrado a sua importância nos processos de recuperação do/da utente.

As suas respostas podem AJUDAR-NOS a **MELHORAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA.**

INSTRUÇÕES para o preenchimento do questionário:

- 1) De seguida aparecerá uma lista de afirmações e perguntas sobre as suas experiências pessoais com o/a seu/sua fisioterapeuta. Pense e assinale que categoria de resposta melhor descreve a sua própria experiência.
- 2) Leia com atenção as perguntas e as respostas.
- 3) NÃO DEIXE perguntas por responder.
- 4) Assinale com X as respostas adequadas (faça-o com cuidado para não se enganar).

Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:

1. *Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.*

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

2. *Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta me proporciona o melhor cuidado e atenção possíveis.*

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

3. *O/a meu/minha fisioterapeuta é gentil comigo.*

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

4. Considero que o/a meu/minha fisioterapeuta é uma pessoa acessível.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

5. O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se pela minha pessoa e trata-me de forma individualizada.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

6. O/A meu/minha fisioterapeuta identifica o meu estado físico e/ou emocional e ajusta o tratamento em função do mesmo.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

7. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o que eu quero conseguir com o tratamento de fisioterapia.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

8. O/A meu/minha fisioterapeuta e eu chegamos a acordo sobre o tratamento a seguir.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

9. Quando o/a meu/minha fisioterapeuta me explica os exercícios ou dá conselhos para a minha saúde, depois questiona-me sobre os mesmos e ajusta-os caso seja necessário.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

10. O/A meu/minha fisioterapeuta faz-me acreditar que tenho a capacidade de melhorar com o meu próprio esforço.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

11. O/A meu/minha fisioterapeuta transmite-me segurança no que diz ou faz durante o processo de tratamento.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

12. O tom e o volume de voz usados pelo/a meu/minha fisioterapeuta transmitem-me confiança.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

13. O olhar do/a meu/minha fisioterapeuta transmite-me confiança.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

14. Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta se interessa por aquilo que lhe digo.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

15. O/A meu/minha fisioterapeuta fala-me de maneira fácil e simples.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO!

Rodriguez-Nogueira, O., Balaguer, J. M., Lopez, A. N., Merino, J. R., Botella-Rico, J. M., Del Rio-Medina, S., & Poyato, A. R. M. (2020). The psychometric properties of the personcentered therapeutic relationship in physiotherapy scale. *PLoS ONE*, 15(11 November), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241010>

Apêndice 12. Auditoria final

Parecer dos autores originais quanto ao processo de adaptação cultural da **Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia** para português europeu (*por favor, registe os seus comentários e/ou sugestões quanto ao processo metodológico de tradução e adaptação cultural do instrumento para uma nova língua e cultura, tendo em conta a documentação deste dossier*):

Estimados investigadores, encontramos la información de este dossier muy clara, concisa y sistemática. Solo podemos felicitaros por un excepcional trabajo y daros las gracias por continuar con esta investigación.



Fdo: PhD Rodríguez-Nogueira Ó

Apêndice 13. Contactos com os autores originais

Pergunta / Comentário (20/05/2021)
As propriedades psicométricas apresentadas no estudo <i>The psychometric properties of the person-centered therapeutic relationship in physiotherapy scale</i> , dizem respeito à versão em inglês ou espanhol do instrumento?
Resposta (21/05/2021)
Las propiedades psicométricas son de la versión en español. Todavía no se ha empezado la traducción y adaptación al inglés.

Pergunta / Comentário (14/06/2021)
1 - Como é que é feito o cálculo da pontuação do PCTR-PT (para os quatro domínios e para a escala total)? 2 - Relativamente à fiabilidade teste-reteste (<i>temporal stability</i>) estamos a pensar reduzir o intervalo de tempo para 4 a 7 dias, ao invés das 2 a 3 semanas como foi utilizado no vosso estudo de avaliação das propriedades psicométricas. O intervalo de 4 a 7 dias que sugerimos é replicado noutros estudos de validação de instrumentos e pode diminuir a possibilidade de uma mudança no construto medido em comparação com intervalos maiores. O que vos parece? 3 - Quanto aos critérios de inclusão, no vosso estudo um dos critérios é que os participantes tenham feito um mínimo de 15 sessões. Atendendo que esse critério pode reduzir o número da amostra dado que algumas pessoas poderão realizar programas de fisioterapia com um número de sessões inferior a essa, indicamos que um número de 3 sessões poderá ser um número adequado como critério de inclusão para a validação para a versão Português Europeu. Este número é apontado, por exemplo, para a aplicação de instrumentos relacionados com a aliança terapêutica (Article: <i>Development and validation of the Working Alliance Inventory Dutch version for use in rehabilitation setting</i>). Qual a vossa opinião?
Resposta (28/06/2021)
1 - El cálculo de la puntuación está hecho para conocer cada uno de los cuatro dominios por separado 2 - Nos parece muy acertado Joao. 3 - En una de las revisiones que nos hicieron de los artículos, a los revisores no les pareció bien el criterio de 15 sesiones, les parecía excesivo. Nosotros pusimos ese criterio en un principio para los pacientes hubieran tenido tiempo de percibir una relación, pero entendemos que desde la primera ya se establece. Entre 3 y 5 creemos que sería un criterio aceptable.

Pergunta / Comentário (28/06/2021)
- Havendo a possibilidade de se calcular a pontuação respectiva de cada um dos quatro domínios e da escala total, como é que esta é feita? A cada resposta possível (entre "totalmente de acuerdo" e "totalmente en desacuerdo") corresponde uma pontuação? E como é para as perguntas cujas alíneas de resposta estão invertidas (de "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo")? Para além disso, gostaria de confirmar o seguinte. As perguntas 1 a 4 correspondem ao domínio do "relational bond", as perguntas 5 a 8 ao domínio do "individualized partnership", as perguntas 9 a 11 ao domínio do "professional empowerment" e as perguntas 12 a 15 ao domínio do "therapeutic communication"?
Resposta (28/06/2021)
La escala no tiene preguntas invertidas, todas se formulan de manera afirmativa. A totalmente de acuerdo se le otorgaría un 5, a de acuerdo 4, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, en desacuerdo 2 y totalmente en desacuerdo 1. La puntuación iría de 75 a 15 puntos. Las subescalas "relational bond", "individualized partnership" y "therapeutic communication" puntuarían máximo 20 y mínimo 4, y la "professional empowerment" máximo 15 y mínimo 3. Efectivamente, es correcto.

Pergunta / Comentário (09/12/2021)
Vimos partilhar convosco em que fase nos encontramos do projeto de adaptação do instrumento e solicitar a vossa colaboração, tal como combinado. Neste momento terminámos o processo de tradução e retradução pelo que vos enviamos um documento com a versão traduzida e a versão retraduzida, na qual participaram quatro tradutores independentes e bilingues. Assim pedimos, por favor, que façam um comentário geral a este processo e se, em particular, a versão retraduzida mantém equivalência em relação à versão original. Se possível, enviem o vosso feedback até ao final da próxima semana (17/12), para que depois iniciemos a análise pelo painel de peritos, que está prevista decorrer até ao final do presente mês.
Resposta (10/12/2021)
1. En las opciones de respuesta: <i>En español decir "no estoy de acuerdo" implica la totalidad de no estar de acuerdo, por lo tanto, sería lo mismo que "totalmente en desacuerdo". Si en portugués existe diferencia entre "disacordo" y "totalmente en desacordo", lo podéis dejar tal y como está.</i> 2. En el ítem 1 <i>Nosotros pusimos: "Creo que mi fisioterapeuta y yo hemos conectado" y haría referencia a "feeling", a "buenas vibraciones", es una sensación de poder estar bien con otra persona. Vosotros lo traducís por: "Pienso que mi fisioterapeuta y yo tenemos una buena relación", la relación sería algo ya instaurado, nosotros hablamos de sensaciones, de primer contacto. Además, cambiáis "creo" por "pienso", no es lo mismo una creencia (algo instaurado y pasivo) que un pensamiento (activo y actual). Probablemente las creencias den paso a los pensamientos (a través de una determinada creencia, pienso y actúo). El instrumento creado se basa en experiencias y subjetividades de la persona, por lo que sí creemos necesario mantener CREO en vez de Pienso, si es que en portugués no significan lo mismo.</i> 3. En el ítem 4 <i>"Creo que mi fisioterapeuta es una persona accesible", pasa lo mismo, se traduce por "Considero que mi fisioterapeuta es una persona accesible", aunque aquí si podríamos equiparar creencia y consideración, ya que la consideración significa: "Reflexión MEDITADA que expresa la opinión que se tiene sobre alguien o algo". Para unificar términos, creemos que se debería mantener la palabra CREO o en su defecto CONSIDERO, si equivale a</i>

CREO en español en los ítems 1 y 4.

4. El ítem 5

"Mi fisioterapeuta se interesa en cómo soy como persona y me trata de manera individual" se traduce por "Mi fisioterapeuta se interesa por mí y me trata de forma individualizada", entendemos que nosotros nos referimos al interés del fisioterapeuta en la persona en su globalidad, por eso mantenemos los términos "como persona", y a través de ese interés por la globalidad, se adapta el trato (la relación) de manera individualizada. Aquí se traduce "se interesa por mí" y no creemos que los términos "por mí" puedan ser entendidos por los pacientes como "por mi patología", "por mi estado", etc.

5. En el ítem 9

"Cuando mi fisioterapeuta me explica ejercicios o consejos para mi salud, después me pregunta por ellos y los revisa si es necesario", la palabra REVISAR se cambia por AJUSTAR. En español por revisar nos referimos a corregir aquello que fuese necesario, y ajustar es "encajar una cosa con otra adaptándola" Si en portugués tiene el mismo significado podría dejarse tal y como está.

Estos 5 aspectos son los que nos han llamado la atención de vuestra traducción y adaptación. Esperamos haberos ayudado en la medida de nuestras posibilidades. Cualquier otra duda o cuestión, por favor, no dudéis en contactar con nosotros, estamos encantados de poder ayudaros.

Pergunta / Comentário (18/12/2021)

Ponto 1:

Em português existe diferença entre a opção de resposta "discordo" e "discordo totalmente", pelo que, as 5 opções de resposta da versão traduzida são frequentemente utilizadas em instrumentos na língua portuguesa. Ainda assim o vosso comentário será apresentado ao painel de peritos.

Ponto 2:

Quanto à primeira parte do vosso comentário, a tradução deste item para português levantou algumas questões e comentários por parte dos tradutores envolvidos, que enunciamos de seguida:

Comentário do Tradutor 1: Em português não costumamos dizer que conectámos bem com uma pessoa. Seria o que normalmente dizemos "bom feeling", ou seja, diríamos que simpatizamos um com o outro;

Versão de tradução do tradutor 1: Creio que eu e o meu fisioterapeuta simpatizamos um com o outro.

Comentário do Tradutor 2: Na primeira questão, a expressão "hemos conectado" foi traduzida para português como "estabelecemos uma boa relação", uma vez que a expressão usada na versão espanhola se reveste de um maior grau de informalidade, bem aceite na cultura espanhola, mas não recomendada na cultura portuguesa.

Versão de tradução do tradutor 2: Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta e eu estabelecemos uma boa relação.

A equipa de investigação optou pela tradução apontada pelo tradutor 2 contudo entendemos a vossa explicação, que também será apresentada ao painel de peritos.

Relativamente à segunda parte do vosso comentário, um dos tradutores que colaborou connosco apresentou na tradução a expressão "Creio que eu e o meu fisioterapeuta..." e o outro tradutor "Penso que o/a meu/minha fisioterapeuta...". Quando elaborámos a versão síntese da tradução decidimos optar pela opção "penso" uma vez que, para além de ter o mesmo significado neste contexto que a versão "creio", a palavra "creio" é menos utilizada na nossa língua. Desta forma consideramos adequado manter a opção "penso". Iremos igualmente salientar esta questão no painel de peritos, se assim concordarem, onde iremos contar com uma professora perita em linguística

Ponto 3:

Neste item um dos tradutores apresentou "Creio que o meu fisioterapeuta..." e o outro "Considero que o/a

meu/minha fisioterapeuta...”, pelo que, depois na versão final da tradução portuguesa decidimos optar pela opção “considero”. Mais uma vez, o “considero” tem o mesmo significado que “creio” neste contexto e “considero” é mais utilizado na nossa linguagem diária, pelo que, se concordarem, também iremos salientar questão ao painel de peritos.

Ponto 4:

Concordamos com a vossa explicação, sendo que já tínhamos identificado essa questão para análise do comité de peritos. Na fase de tradução para a língua portuguesa, nenhum dos tradutores indicou a opção “por mim como pessoa”, apenas “interessa-se por me conhecer” e “interessa-se por mim”, e na versão síntese optou-se por esta última opção. Parece-nos adequado que fique “O/A meu/minha fisioterapeuta interessa-se por mim **como pessoa** e trata-me de forma individualizada.” (versão traduzida), o que significa “Mi fisioterapeuta se interesa por mí **como persona** y me trata de forma individualizada.”, pelo que será outro aspecto a apontar aos peritos na próxima fase tendo em conta o vosso comentário.

Ponto 5:

Concordamos com a vossa explicação e iremos apresentá-la ao painel de peritos.

Pergunta / Comentário (20/12/2021)
Temos uma questão relativamente ao sistema de pontuação / opções de resposta da versão original do instrumento. Verificámos que da 1ª à 8ª questão da escala as opções de resposta vão de " <i>Totalmente de acuerdo</i> " a " <i>Totalmente en desacuerdo</i> ". E a partir da 9ª questão até à 15ª as opções variam no sentido inverso de " <i>Totalmente en desacuerdo</i> " a " <i>Totalmente de acuerdo</i> ". Assim, vimos questionar qual o motivo desta alteração das opções de resposta a partir da 9ª questão?
Resposta (28/06/2021)
Lo que describes es una estrategia que usamos para evitar el sesgo de aquiescencia (la tendencia a responder siempre lo mismo independientemente de lo que se pregunte): al darse cuenta de que se ha cambiado el orden de las respuestas, el respondiente tiene que pararse y reconsiderar lo que está respondiendo, evitando así las respuestas "mecánicas" Tuvimos la precaución de comprobar, durante los pre-tests cognitivos realizados para depurar el pre-cuestionario, que los participantes no se habían equivocado al responder debido a este cambio, y, efectivamente, ningún participante se había equivocado, aunque varios de ellos confesaron que tuvieron que volver a mirar las anteriores preguntas al darse cuenta.

Apêndice B: Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo piloto (n=44)

Variável	Categorias	Estatística Descritiva [n (%)]
Idade [média ± desvio-padrão (mínimo-máximo)]		51,45 ± 14,50 (20-85)
Gênero	Masculino	10 (22,7%)
	Feminino	34 (77,3%)
Estado civil	Solteiro	8 (18,2%)
	Casado(a)	24 (54,5%)
	União de facto	3 (6,8%)
	Viúvo(a)	2 (4,5%)
	Divorciado(a)	7 (15,9%)
Habilitações	Ensino primário ou inferior	11 (25%)
	Ensino básico completo	7 (15,9%)
	Ensino secundário ou equivalente completo	9 (20,5%)
	Ensino superior completo	17 (38,6%)
Situação profissional	A trabalhar	19 (43,2%)
	Incapaz de trabalhar	10 (22,7%)
	Desempregada(o)	6 (13,6%)
	Reformada(o)	7 (15,9%)
	Doméstica(o)	2 (4,5%)
Região anatómica de diagnóstico	Ombro	13 (29,5%)
	Anca	6 (13,6%)
	Joelho	14 (31,8%)
	Tornozelo/pé	6 (13,6%)
	Outra*	7 (15,9%)
Medicação	Sim	12 (27,3%)
	Não	32 (72,7%)
Faltas ao trabalho	Sim	20 (45,5%)
	Não	14 (31,8%)
	Não aplicável	10 (22,7%)
Baixa remunerada	Sim	20 (45,5%)
	Não	14 (31,8%)
	Não aplicável	10 (22,7%)
Setor de fisioterapia	Público	24 (54,5%)
	Privado	20 (45,5%)
Frequência das sessões	1 vez por semana	1 (2,3%)
	2 vezes por semana	19 (43,2%)
	3 vezes por semana	12 (27,3%)
	5 vezes por semana	12 (27,3%)
Número de sessões [média ± desvio-padrão (mínimo-máximo)]		30,89 ± 25,81 (5-100)
Duração das sessões	30 a 45 minutos	3 (6,8%)
	45 a 60 minutos	23 (52,3%)
	> 60 minutos	18 (40,9%)

Legenda: Variáveis quantitativas: média ± desvio-padrão (mínimo-máximo); Variáveis qualitativas: frequência absoluta (frequência relativa %); *A categoria "outra" inclui as regiões punho/mão, lombar e cotovelo.

Apêndice C: Validade estrutural

Estatística Descritiva

Questão	Média	Desvio-padrão	n
1	4,81	0,409	154
2	4,84	0,364	154
3	4,90	0,297	154
4	4,87	0,337	154
5	4,68	0,685	154
6	4,73	0,561	154
7	4,64	0,655	154
8	4,55	0,687	154
9	4,23	1,230	154
10	4,35	1,007	154
11	4,60	0,932	154
12	4,58	0,941	154
13	4,52	0,951	154
14	4,53	0,923	154
15	4,62	0,929	154

Matriz de correlações

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15
Correlação	Q1	1,000	,681	,547	,533	,364	,265	,280	,368	,075	,098	,074	,186	,169	,181	,105
	Q2	,681	1,000	,644	,686	,399	,276	,227	,238	,111	,114	,103	,096	,084	,151	,135
	Q3	,547	,644	1,000	,655	,357	,314	,253	,230	,080	,093	,140	,181	,180	,166	,150
	Q4	,533	,686	,655	1,000	,524	,404	,288	,280	,105	,193	,144	,158	,151	,224	,114
	Q5	,364	,399	,357	,524	1,000	,625	,405	,476	,153	,204	,081	,083	,130	,203	,104
	Q6	,265	,276	,314	,404	,625	1,000	,571	,549	,119	,236	,119	,086	,151	,187	,057
	Q7	,280	,227	,253	,288	,405	,571	1,000	,575	,025	,205	,048	,040	,106	,128	,063
	Q8	,368	,238	,230	,280	,476	,549	,575	1,000	,011	,213	,039	,060	,114	,137	,037
	Q9	,075	,111	,080	,105	,153	,119	,025	,011	1,000	,482	,521	,514	,482	,517	,506
	Q10	,098	,114	,093	,193	,204	,236	,205	,213	,482	1,000	,827	,824	,846	,860	,820
	Q11	,074	,103	,140	,144	,081	,119	,048	,039	,521	,827	1,000	,926	,900	,911	,933
	Q12	,186	,096	,181	,158	,083	,086	,040	,060	,514	,824	,926	1,000	,951	,919	,926
	Q13	,169	,084	,180	,151	,130	,151	,106	,114	,482	,846	,900	,951	1,000	,919	,910
	Q14	,181	,151	,166	,224	,203	,187	,128	,137	,517	,860	,911	,919	,919	1,000	,921
	Q15	,105	,135	,150	,114	,104	,057	,063	,037	,506	,820	,933	,926	,910	,921	1,000
Nível de significância	Q1		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,177	,113	,180	,010	,018	,012	,098
	Q2	,000		,000	,000	,000	,000	,002	,001	,085	,079	,102	,118	,149	,030	,048
	Q3	,000	,000		,000	,000	,000	,001	,002	,161	,126	,041	,012	,013	,020	,032
	Q4	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,097	,008	,037	,025	,031	,003	,080
	Q5	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,029	,006	,160	,152	,054	,006	,099
	Q6	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,070	,002	,071	,144	,031	,010	,241
	Q7	,000	,002	,001	,000	,000	,000		,000	,379	,005	,279	,313	,096	,057	,217
	Q8	,000	,001	,002	,000	,000	,000	,000		,448	,004	,316	,231	,080	,045	,323
	Q9	,177	,085	,161	,097	,029	,070	,379	,448		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	Q10	,113	,079	,126	,008	,006	,002	,005	,004	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	Q11	,180	,102	,041	,037	,160	,071	,279	,316	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	Q12	,010	,118	,012	,025	,152	,144	,313	,231	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	Q13	,018	,149	,013	,031	,054	,031	,096	,080	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	Q14	,012	,030	,020	,003	,006	,010	,057	,045	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	Q15	,098	,048	,032	,080	,099	,241	,217	,323	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

Matrizes anti-imagem

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15
Covariância anti-imagem	Q1	,363	-,179	-,025	,013	-,025	,036	-,046	-,096	,012	,053	,036	-,046	-,009	-,020	,035
	Q2	-,179	,288	-,090	-,119	,008	-,011	,034	,021	-,032	-,031	-,012	,032	,018	,011	-,045
	Q3	-,025	-,090	,429	-,138	,012	-,039	-,031	-,002	,010	,063	,003	-,012	-,024	,030	-,011
	Q4	,013	-,119	-,138	,343	-,110	,003	-,021	,035	,036	-,025	-,012	-,016	,015	-,033	,046
	Q5	-,025	,008	,012	-,110	,456	-,181	,034	-,080	-,065	-,001	,035	,019	-,001	-,017	-,034
	Q6	,036	-,011	-,039	,003	-,181	,410	-,157	-,085	-,022	-,008	-,038	,007	-,016	-,013	,048
	Q7	-,046	,034	-,031	-,021	,034	-,157	,538	-,167	,013	-,041	,016	,025	-,005	,006	-,032
	Q8	-,096	,021	-,002	,035	-,080	-,085	-,167	,519	,052	-,054	,004	,003	,000	-,004	,010
	Q9	,012	-,032	,010	,036	-,065	-,022	,013	,052	,685	-,027	-,017	-,022	,020	-,013	,005
	Q10	,053	-,031	,063	-,025	-,001	-,008	-,041	-,054	-,027	,198	-,010	-,005	-,026	-,026	,000
	Q11	,036	-,012	,003	-,012	,035	-,038	,016	,004	-,017	-,010	,085	-,020	,002	-,014	-,028
	Q12	-,046	,032	-,012	-,016	,019	,007	,025	,003	-,022	-,005	-,020	,053	-,032	-,006	-,014
	Q13	-,009	,018	-,024	,015	-,001	-,016	-,005	,000	,020	-,026	,002	-,032	,072	-,015	-,008
	Q14	-,020	,011	,030	-,033	-,017	-,013	,006	-,004	-,013	-,026	-,014	-,006	-,015	,083	-,025
	Q15	,035	-,045	-,011	,046	-,034	,048	-,032	,010	,005	,000	-,028	-,014	-,008	-,025	,069
Correlação anti-imagem	Q1	,713 ^a	-,556	-,063	,038	-,061	,093	-,105	-,220	,024	,196	,208	-,330	-,056	-,113	,220
	Q2	-,556	,705 ^a	-,258	-,379	,022	-,033	,086	,054	-,073	-,128	-,078	,260	,126	,074	-,319
	Q3	-,063	-,258	,838 ^a	-,360	,027	-,094	-,065	-,005	,019	,216	,014	-,079	-,139	,160	-,065
	Q4	,038	-,379	-,360	,787 ^a	-,278	,009	-,049	,083	,074	-,097	-,069	-,116	,094	-,195	,300
	Q5	-,061	,022	,027	-,278	,805 ^a	-,419	,069	-,165	-,115	-,004	,176	,121	-,006	-,090	-,192
	Q6	,093	-,033	-,094	,009	-,419	,766 ^a	-,334	-,184	-,041	-,028	-,204	,047	-,091	-,069	,287
	Q7	-,105	,086	-,065	-,049	,069	-,334	,789 ^a	-,315	,022	-,127	,074	,148	-,028	,027	-,167
	Q8	-,220	,054	-,005	,083	-,165	-,184	-,315	,830 ^a	,087	-,169	,021	,018	,001	-,021	,055
	Q9	,024	-,073	,019	,074	-,115	-,041	,022	,087	,958 ^a	-,072	-,071	-,114	,091	-,055	,023
	Q10	,196	-,128	,216	-,097	-,004	-,028	-,127	-,169	-,072	,939 ^a	-,076	-,049	-,215	-,205	,004
	Q11	,208	-,078	,014	-,069	,176	-,204	,074	,021	-,071	-,076	,917 ^a	-,300	,027	-,165	-,367
	Q12	-,330	,260	-,079	-,116	,121	,047	,148	,018	-,114	-,049	-,300	,871 ^a	-,518	-,084	-,231
	Q13	-,056	,126	-,139	,094	-,006	-,091	-,028	,001	,091	-,215	,027	-,518	,913 ^a	-,190	-,117
	Q14	-,113	,074	,160	-,195	-,090	-,069	,027	-,021	-,055	-,205	-,165	-,084	-,190	,935 ^a	-,327
	Q15	,220	-,319	-,065	,300	-,192	,287	-,167	,055	,023	,004	-,367	-,231	-,117	-,327	,863 ^a

Legenda: ^a Medidas de adequação de amostragem.

Valores próprios e variância

Fatores	Valores próprios iniciais			Extração das somas do quadrado dos fatores			Rotação das somas do quadrado dos fatores		
	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa
1	6,193	41,283	41,283	6,193	41,283	41,283	5,772	38,478	38,478
2	3,631	24,208	65,491	3,631	24,208	65,491	2,965	19,765	58,243
3	1,545	10,302	75,793	1,545	10,302	75,793	2,632	17,550	75,793
4	0,771	5,141	80,934						
5	0,613	4,088	85,022						
6	0,516	3,438	88,460						
7	0,386	2,573	91,033						
8	0,354	2,362	93,395						
9	0,314	2,096	95,490						
10	0,270	1,799	97,289						
11	0,166	1,107	98,396						
12	0,081	0,539	98,935						
13	0,073	0,487	99,422						
14	0,050	0,330	99,752						
15	0,037	0,248	100,000						

Apêndice D: Consistência interna

Correlações item-item

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15
Q1	1,000	,681	,547	,533	,364	,265	,280	,368	,075	,098	,074	,186	,169	,181	,105
Q2	,681	1,000	,644	,686	,399	,276	,227	,238	,111	,114	,103	,096	,084	,151	,135
Q3	,547	,644	1,000	,655	,357	,314	,253	,230	,080	,093	,140	,181	,180	,166	,150
Q4	,533	,686	,655	1,000	,524	,404	,288	,280	,105	,193	,144	,158	,151	,224	,114
Q5	,364	,399	,357	,524	1,000	,625	,405	,476	,153	,204	,081	,083	,130	,203	,104
Q6	,265	,276	,314	,404	,625	1,000	,571	,549	,119	,236	,119	,086	,151	,187	,057
Q7	,280	,227	,253	,288	,405	,571	1,000	,575	,025	,205	,048	,040	,106	,128	,063
Q8	,368	,238	,230	,280	,476	,549	,575	1,000	,011	,213	,039	,060	,114	,137	,037
Q9	,075	,111	,080	,105	,153	,119	,025	,011	1,000	,482	,521	,514	,482	,517	,506
Q10	,098	,114	,093	,193	,204	,236	,205	,213	,482	1,000	,827	,824	,846	,860	,820
Q11	,074	,103	,140	,144	,081	,119	,048	,039	,521	,827	1,000	,926	,900	,911	,933
Q12	,186	,096	,181	,158	,083	,086	,040	,060	,514	,824	,926	1,000	,951	,919	,926
Q13	,169	,084	,180	,151	,130	,151	,106	,114	,482	,846	,900	,951	1,000	,919	,910
Q14	,181	,151	,166	,224	,203	,187	,128	,137	,517	,860	,911	,919	,919	1,000	,921
Q15	,105	,135	,150	,114	,104	,057	,063	,037	,506	,820	,933	,926	,910	,921	1,000

Correlações item-total

Questão	Média da escala se o item for eliminado	Variância da escala se o item for eliminado	Correlações item-total corrigido	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
1	64,65	50,491	0,322	0,887
2	64,62	50,774	0,312	0,887
3	64,56	51,019	0,333	0,887
4	64,59	50,596	0,378	0,886
5	64,79	48,666	0,355	0,886
6	64,73	49,337	0,365	0,885
7	64,82	49,531	0,278	0,889
8	64,92	49,307	0,285	0,889
9	65,23	43,170	0,485	0,888
10	65,11	40,988	0,816	0,865
11	64,86	41,870	0,811	0,866
12	64,88	41,612	0,826	0,865
13	64,94	41,350	0,840	0,864
14	64,93	41,296	0,875	0,862
15	64,84	41,902	0,811	0,866

Apêndice E: Fiabilidade teste-reteste

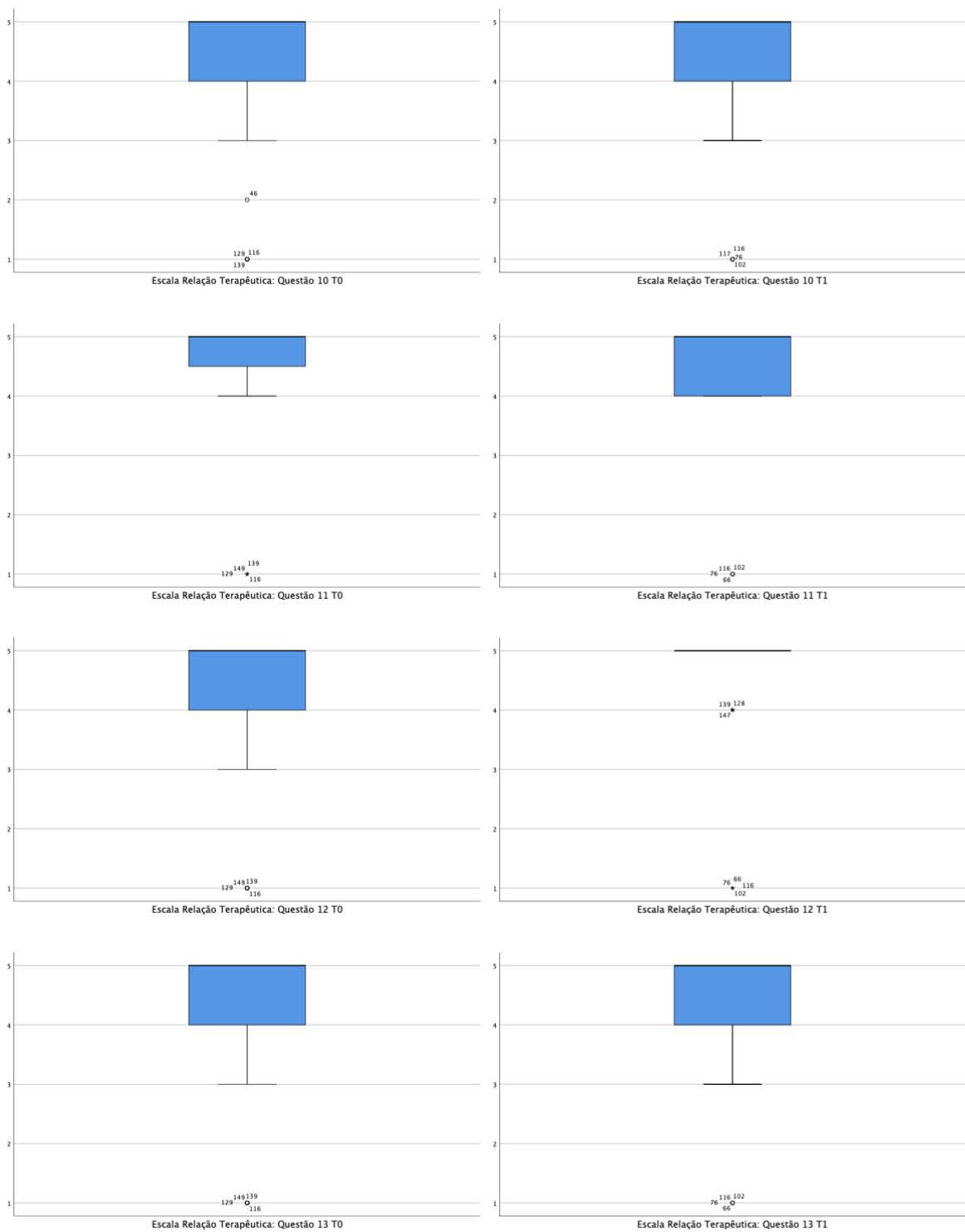
Análise de sensibilidade - Percentis

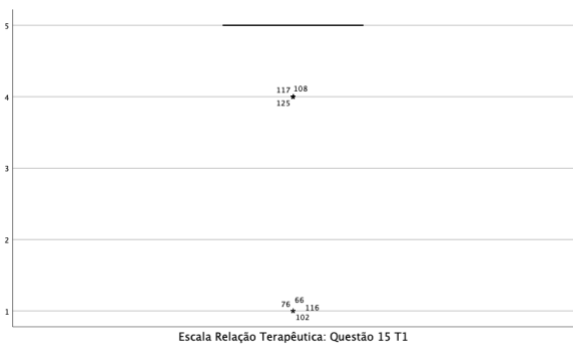
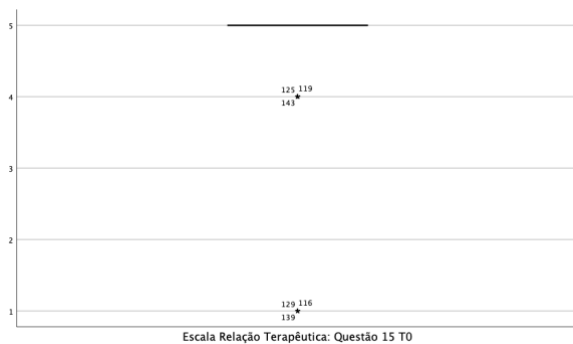
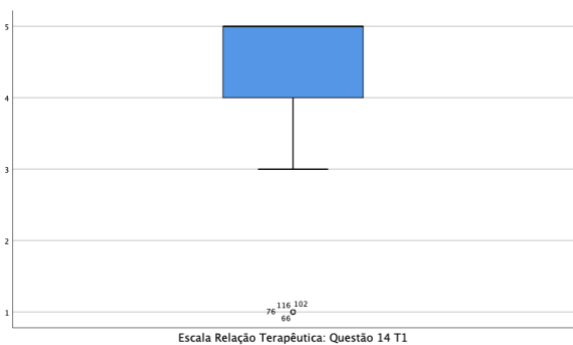
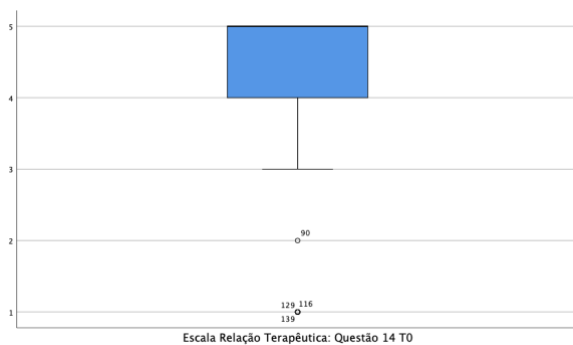
	Questão	n	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	AIQ	Percentil 75 + 1,5 x AIQ	Percentil 25 - 1,5 x AIQ
T0	9	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	10	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	11	132	4,25	5	5	0,75	6,125	3,125
	12	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	13	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	14	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	15	132	5	5	5	0	NA	NA
T1	9	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	10	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	11	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	12	132	5	5	5	0	NA	NA
	13	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	14	132	4	5	5	1	6,5	2,5
	15	132	5	5	5	0	NA	NA

Legenda: AIQ: Amplitude interquartilica; NA: Não aplicável.

Análise de sensibilidade - Diagramas de extremos e quartis







Anexos

Anexo 1: Parecer da Comissão Especializada de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer 81/CP/2021

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS para implementação de um projeto de investigação no âmbito do curso de Mestrado em Fisioterapia – ramo das condições Músculo-esqueléticas, submetido por João Moreira e Margarida Silva, sob orientação da Professora Doutora Carmen Caeiro e coorientação da Professora Doutora Lúcia Domingues, e intitulado de “Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relación Terapéutica centrada en la Persona em Fisioterapia para o Português Europeu.”

DOCUMENTAL

1. Requerimento do parecer;
2. Currículo Vitae dos investigadores;
3. Dossier de submissão incluindo: i) sinopse do estudo, ii) documentos referentes ao processo metodológico para tradução/ retroversão, incluindo pedidos de colaboração (tradutor/retrotradutor/perito), versões consenso/ síntese, validação por comité de peritos e auditoria final; iii) carta explicativa do estudo, dirigida aos participantes/utentes que farão parte do estudo (fases 1 e 2); iv) formulário de consentimento informado (fases 1 e 2); v) Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica (QCSC); vi) Versão Portuguesa da *Escala de Relación Terapéutica Centrada en la Persona en Fisioterapia*; vii) Inventário de Aliança Terapêutica - Versão Reduzida, Revista; viii) Versão Portuguesa da Escala *Tampa Scale of Kinesiophobia*; ix) Questionário de Satisfação do Doente Ambulatório de Fisioterapia (PTOPS); x) Versão Portuguesa da *Patient Global Impression of Change* (PGIC-VP).

ANÁLISE E PARECER

1. O projeto de investigação tem como objetivos realizar a tradução e a adaptação cultural da RTCP-F para o português europeu e estudar a fiabilidade, validade, poder de resposta e interpretabilidade da versão portuguesa da RTCP-F (RTCP-F-VP) numa amostra de utentes em cuidados de fisioterapia.
2. O estudo terá duas fases: uma 1.ª que se traduz num estudo metodológico para a tradução e adaptação da RTCP-F para a população portuguesa e uma 2.ª que será um estudo longitudinal para a avaliação da fiabilidade, validade, poder de resposta e interpretabilidade da RTCP-F-VP. Na 1.ª fase serão envolvidos 5 tradutores e 8 a 10 peritos e serão incluídos utentes com idade superior a 18 anos, diagnóstico clínico de condição músculo-esquelética, com a realização de, no mínimo, 3 sessões de tratamento de fisioterapia e capacidade para ler e escrever em português, e cujo recrutamento decorrerá no Hospital Amato Lusitano - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e no Grupo Trofa Saúde Hospital – Unidade da Amadora. Serão excluídos os potenciais participantes que apresentem: i) diagnóstico clínico do foro cardiorrespiratório, neuromuscular, metabólico, génito-urinário e reprodutivo, tegumentário, saúde mental ou vestibular, ou ii) presença de sinais ou sintomas associados a patologia grave que contraindique a prática da fisioterapia. Na 2.ª fase os utentes a ser incluídos deverão cumprir os mesmos critérios, adicionando-se aos locais de recrutamento os seguintes: Hospital Dr. José Maria Grande - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, e clínicas privadas de fisioterapia no distrito de Lisboa e de Castelo Branco.
3. Na 1.ª fase os participantes (30 a 40 utentes) irão preencher a versão pré-final do instrumento.
4. Na 2.ª fase os participantes (mínimo de 150 utentes) irão preencher os instrumentos de medida em três momentos distintos (T0: após ter cumprido 3 sessões de fisioterapia; T1: 4 a 7 dias após; T2: 6 semanas após).
5. A recolha de dados decorrerá nos locais de recrutamento. Os questionários preenchidos serão armazenados pelos investigadores responsáveis pelo estudo, em local seguro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a impedir o acesso a outras pessoas. Os questionários serão preservados por um período máximo de cinco anos após o término do estudo.
6. A análise de dados estatística será realizada após atribuição de um código a cada participante, sendo garantida a anonimização dos participantes. A sua identificação será

conhecida apenas pelo elemento da equipa que aplicar os instrumentos de avaliação e pelo elemento responsável pelo estudo.

7. A Carta convite/ explicativa inclui título do estudo; convite e breve sumário, com referência à instituição que o aprova cientificamente e orientadoras; o que envolve a participação no estudo (relação entre o convite para participar e o(s) objetivo(s) do estudo; procedimentos associados à participação no estudo; tempo a despendar para participação no estudo); potenciais benefícios, desvantagens ou riscos; possibilidade de desistência e forma de o fazer; informação adicional (ex: estratégias para garantia do anonimato e confidencialidade; estratégias de armazenamento dos dados e disseminação; mecanismos para esclarecimento de questões adicionais sobre o estudo; mecanismos para acionar queixas/ reclamações) e contactos da equipa de investigadores (institucionais).
8. O formulário de consentimento informado está em concordância com a carta explicativa, evidenciando os aspetos éticos a ter em conta, nomeadamente, informação aos participantes, incluindo a instituição que aprova cientificamente o estudo, o título do projeto, a participação voluntária no estudo e possibilidade de desistência da participação sem penalização, o direito ao anonimato e à confidencialidade. É apresentado formulário em duplicado que permite ao participante ficar com uma cópia assinada do mesmo.

Em conclusão, o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes, pelo que o parecer da CEEI é favorável.

26 de outubro de 2021

P'la CEEI



Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

Comissão de Ética da ULS de Castelo Branco

Exmo. Senhor

João Afonso Moreira

Sua Referência	Sua comunicação	Nº Ofício - Data
		05/10/2021

HAL 01 3154 2021-11-04 14:37:23

Assunto	Pedido de parecer para a realização do estudo "Adaptação cultural e contributo para a validação da escala de relação terapêutica centrada em la persona en fisioterapia para o Português Europeu"
---------	---

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da ULSCB, EPE, datado de 6 de outubro de 2021, e homologado pelo Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E, no dia 22 de outubro de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULSCB, EPE

O Gabinete de Comissões Técnicas da ULSCB, EPE

ULSCB - ULSCB
Gabinete Técnico de Apoio

Dra. Maria Helena Lopes

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Avenida Pedro Álvares Cabral, 6000-065 Castelo Branco
Telefone: 272 000 272 - Fax: 272 000 257 - Internet: www.ulsb.mg-gestao.pt - Email: gestao@ulsb.mg-gestao.pt

ULSCB-MCC.24.03

Documento: Submissão de pedido de parecer para realização de estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo Adaptação cultural e contributo para a validação da escala de relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia para o Português Europeu

Requerente: João Afonso Belo Duarte Aires Moreira – Fisioterapeuta da ULSCB

Título: “Adaptação cultural e contributo para a validação da Escala de Relação terapêutica centrada na pessoa em fisioterapia para o Português Europeu” cujo objectivo principal consiste em estudar a fiabilidade, validade, poder de resposta e interpretabilidade da versão portuguesa da RTCP-F (RTCP-F-VP) numa amostra de utentes em cuidados de fisioterapia

Investigador: João Afonso Belo Duarte Aires Moreira (investigador principal)

Co-Investigador: Margarida Vanessa Mendes da Silva (investigadora)

Orientador do Estudo: Carmen Sofia Frade Caeiro (orientadora científica); Lúcia Maria Amaral Domingues (co-orientadora científica)

População do Estudo: 30 a 40 utentes com idade superior a 18 anos, diagnóstico clínico de condição musculoesquelética, saber ler e escrever em português e ter realizado no mínimo 3 sessões de tratamento de fisioterapia.

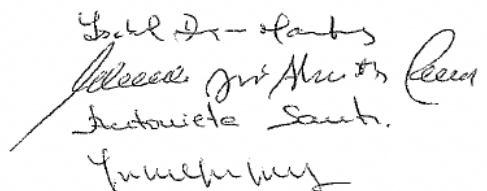
Serviço onde decorre o estudo: Medicina Física e Reabilitação

Data do pedido: Datado no HAL a 06-10-2021

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de Investigação sejam respeitados.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 6 de Outubro de 2021

A Comissão de Ética



Anexo 3: Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ULSNA

Ac. CA
PA
02-03-2022

INFORMAÇÃO

N.º14/2022, de 25 de fevereiro

De: Maria Luíza Lopes
Para: Sr. Vogal Executivo do CA- Dr. Raul Cordeiro
C/C:

A-1a 09/2022
Doc. 93

ASSUNTO: Protocolo de Investigação: "Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu."

PARECER

ULSNA, SPE
Conselho de Administração

João Paulo Branco, Pres. deste

Dr. Raul Cordeiro, 1.º Vogal Executivo

Eng.º Paulo da Silva, 2.º Vogal Executivo

Dr.ª Andréia Silva, 3.ª Vogal Executiva

Raul Cordeiro, Sr. Vogal Executivo

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Brevedade contida.
Concorda-se e aprofunda-se a parte de fundo.
Autoriza-se o estudo.
A' Comissão de Ética.
02/03/2022 C/S a' requerente.

Os fisioterapeutas, João Afonso Belo Duarte Aires Moreira e Margarida Silva, solicitaram autorização para realização do estudo: "Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu."

Cumpra-se apreciar:

I- Enquadramento e Pertinência do Estudo

A fundamentação e a pertinência do estudo encontram-se descritas detalhadamente no projeto.

II- Objetivos

Objetivo geral:

- Avaliar a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o fisioterapeuta, integrada num modelo de prática centrada na pessoa, possibilitando a análise e reflexão da implementação deste modelo na prática clínica dos fisioterapeutas.

III- População Alvo- Amostra

A população alvo nas duas fases são as seguintes:

- Idade igual ou superior a 18 anos.
- Terem realizado no mínimo 3 sessões de tratamento de fisioterapia.
- Saber ler e escrever em português.
- Diagnóstico clínico de condição músculo-esquelética.

Os critérios de exclusão constam do projeto.

RESOLUÇÃO
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 202200289
28/02/22
Sandra Oliveira
(40)



IV- Colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados a colher são fornecidos pelos participantes através de questionários que lhes será apresentado, donde constam as variáveis descritas no protocolo e que não nos merecem reparos ético legais.

O fundamento de legitimidade e sua licitude encontra-se no consentimento informado das participantes ou de quem legalmente os represente.

V- Metodologia

O estudo desenvolve-se em duas fases:

- 1- Estudo metodológico para a tradução e adaptação da RTCP-F para a população portuguesa.
- 2- Estudo longitudinal para a avaliação da fiabilidade, validade, poder de resposta e interpretabilidade da RTCP-F-VP.
- 3- Os dados serão analisados através do instrumento de avaliação descrito no protocolo do estudo e tratados através da aplicação SPSS.

VI- Tipo de estudo

O tipo de estudo varia de acordo com as duas fases, conforme se encontra descrito no projeto.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pelo interesse e importância do mesmo.

A metodologia a utilizar na recolha de dados estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que na informação que se pretende recolher estão acauteladas as questões ético legais, sendo o fundamento de legitimidade e licitude consubstanciada no consentimento livre e informado que cada participante ou o seu representante legal prestará.

Os requerentes comprometem-se ainda que a informação recolhida se destina apenas para a finalidade do estudo.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do mesmo: "*Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala de Relação Terapêutica Centrada na Pessoa em Fisioterapia para o Português Europeu*".

Os investigadores deverão ainda apresentar o trabalho na ULSNA, E.P.E. após sua conclusão, devendo agendar um dia para o efeito, a conciliar com o Conselho de Administração.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P/la Comissão de Ética
Maria Luíza
Lopes

Digitally signed by
Maria Luíza Lopes
Date: 2022.02.25
17:20:26 Z

Junta: Protocolo do estudo.