



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



NOVA
MEDICAL
SCHOOL
FACULDADE
DE CIÊNCIAS
MÉDICAS



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

Inês Santos **Resposta Precoce ao Tratamento
como Fator de Prognóstico para os
Resultados de Sucesso da
Fisioterapia Multimodal em Utentes
com Lombalgia Crónica**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia

ORIENTADOR

Professor Doutor Eduardo Cruz

Novembro de 2018

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

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

A candidata,

(Inês Charrua Pires dos Santos)

Setúbal, ____ de _____ de _____

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

O orientador,

(Professor Doutor Eduardo Cruz)

Setúbal, ____ de _____ de _____

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Eduardo Cruz, pela orientação, disponibilidade, desafio, rigor e aprendizagem constante, que em muito contribuiu (e contribui) para a minha motivação, não só para a realização deste trabalho de investigação, como também para continuar a fazer mais (e melhor).

Ao Fisioterapeuta Diogo Pires, pela sua presença e colaboração ao longo de todas as etapas da realização deste trabalho. Por toda a disponibilidade, ajuda e partilha de conhecimentos. Por toda a motivação e paciência, também.

Aos meus Pais, por tudo aquilo que não consigo expressar nestas linhas e por tornarem possível a concretização de mais um objetivo.

Ao Carlos e sua família, pelo apoio e incentivo constantes. Por todo o carinho, dedicação e atenção. Por terem facilitado (tanto!) este meu percurso.

Aos Amigos, pela força, pelas palavras motivadoras e por terem acreditado sempre que iria conseguir, mesmo quando eu própria duvidei disso.

Aos colegas deste curso de Mestrado em Fisioterapia, em especial, ao João Neto, à Tânia Leiria, ao Alexandre Estaca, ao Luís Pimenta e ao Paulo Félix, por toda a partilha de conhecimentos e pela oportunidade de crescer convosco.

A todos, um Muito Obrigada!

RESUMO

Resposta Precoce ao Tratamento como Fator de Prognóstico para os Resultados de Sucesso da Fisioterapia Multimodal em Utentes com Lombalgia Crônica

Inês Santos, Diogo Pires, Eduardo Cruz

Introdução: Evidência preliminar aponta para a potencial relevância da resposta precoce ao tratamento como possível fator preditor para os resultados obtidos com a Fisioterapia, uma vez que o sucesso/insucesso obtido nos resultados parece ser diferente nos utentes que apresentam uma melhoria clínica precoce, relativamente àqueles que apresentam uma melhoria mais lenta. **Objetivo:** Investigar se a resposta precoce ao tratamento – definida como uma mudança clinicamente relevante na intensidade da dor e incapacidade funcional que ocorre nas primeiras 2 semanas é um fator de prognóstico para a obtenção de resultados de sucesso a curto e médio prazo com a intervenção multimodal em Fisioterapia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de coorte prospetivo com 150 participantes a iniciar tratamento de Fisioterapia, avaliados antes da intervenção (*baseline*), após 2 semanas, após 8 semanas ou à data de alta por melhoria clínica se anterior a este período e 3 meses após o início da intervenção. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, a Escola Numérica da Dor (END), a *Quebec Back Pain Disability Scale – Versão Portuguesa* (QBPDS-PT) e a *Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa* (GBRS-PT). Os critérios para definir a nova variável, bem como os resultados de sucesso foram feitos com base na Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI) de cada instrumento – END (DMCI $\geq 30\%$ às 2 semanas e $\geq 50\%$ após o final da intervenção e no *follow-up* aos 3 meses); QBPDS-PT (DMCI $\geq 30\%$) e GBRS-PT (DMCI ≥ 3 pontos). A análise dos dados foi realizada através do método de regressão logística binária (Método: Enter). **Resultados:** Dos 150 participantes, 136 completaram o período de intervenção e 117 o *follow-up* 3 meses após o início da intervenção. Verificou-se que os participantes que atingem uma redução de $\geq 30\%$ na END às 2 semanas têm 4,77 (95% IC 2,14-10,6; $p < 0.05$) vezes mais de probabilidade de alcançar uma redução de $\geq 50\%$ na END após o final da intervenção e 5,41 (95% IC 2,25-12,98; $p < 0.05$) vezes mais de probabilidade de conseguir uma manutenção de $\geq 50\%$ na END no *follow-up* aos 3 meses, comparativamente aos que não atingem o critério de sucesso para a intensidade da dor às 2 semanas. Os participantes que atingem uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT às 2 semanas têm 15,27 (95% IC 4,74-49,24; $p < 0.05$) vezes mais de probabilidade conseguir uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT no final da intervenção e 5,06 (95% IC 1,78-14,4; $p < 0.05$) vezes mais de conseguir uma melhoria de ≥ 3 pontos na GBRS-PT, relativamente aos que não atingem o critério de sucesso para a incapacidade funcional às 2 semanas. **Conclusão:** Os resultados parecem confirmar, por um lado, a heterogeneidade da lombalgia crônica e, por outro lado, a existência de fatores de prognóstico externos ao indivíduo, como fatores preditores para a obtenção de uma resposta de sucesso ao tratamento multimodal da Fisioterapia. Concretamente, parece existir uma relação de associação entre a resposta precoce ao tratamento (primeiras 2 semanas) e a probabilidade de obtenção de melhoria clínica a curto (até 8 semanas) e médio prazo (3 meses).

PALAVRAS-CHAVE: Lombalgia Crônica; Resposta Precoce; Fisioterapia; Fator de Prognóstico

ABSTRACT

Successful outcomes in chronic low back pain undergoing multimodal physiotherapy are associated with early response to treatment

Inês Santos, Diogo Pires, Eduardo Cruz

Introduction: Preliminary evidence points to a potential relevance of the early treatment response as a possible predicting factor for the results achieved with physiotherapy, since the success rates obtained appear to be different between the patients that have a early clinical improvement compared to the patients that have a slower improvement. **Aim:** Investigate if a early treatment response – defined as a clinically relevant change in pain intensity and functional disability that occurs in the first 2 weeks can be considered a prognosis factor for the successful outcomes in chronic low back pain undergoing multimodal physiotherapy. **Methodology:** Prospective cohort study including 150 participants that started physiotherapy treatment and were assessed before the intervention (baseline); at 2 weeks; 8 weeks or less if discharged before; and at 3 months after the start of the intervention. The measurement instruments used were the Sociodemographic and Clinical Characterization Questionnaire; Numeric Rating Pain Scale (END); Quebec Back Pain Disability Scale – Portuguese Version (QBPDS-PT); and Global Back Recovery Scale – Portuguese Version (GBRS-PT). The criteria to define a new variable, as well as the success results were obtained using the Minimal Clinically Significant Difference (DMCI) for each of the used instruments – END (DMCI $\geq 30\%$ at 2 weeks and $\geq 50\%$ at the end of intervention and 3 months follow-up); QBPDS-PT (DMCI $\geq 30\%$) and GBRS-PT (DMCI ≥ 3 points). The results were analyzed using a binary logistic regression method (Method: Enter). **Results:** Out of the 150 participants, 136 completed the intervention period and 117 participants completed the 3 months follow-up. It was observed that participants with a $\geq 30\%$ reduction on END at 2 weeks had a 4,77 (95% IC 2,14-10,6; $p < 0.05$) times higher probability of achieving a $\geq 50\%$ END reduction after the end of intervention and a 5,41 (95% IC 2,25-12,98; $p < 0.05$) times higher probability of maintaining the $\geq 50\%$ END reduction at the 3 months follow-up, comparatively to the participants that did not achieved the pain intensity criteria at 2 weeks. The participants that attained a $\geq 30\%$ reduction on QBPDS-PT at 2 weeks had a 15,27 (95% IC 4,74-49,24; $p < 0.05$) times higher probability of achieving a $\geq 30\%$ reduction on QBPDS-PT at the end of intervention and a 5,06 (95% IC 1,78-14,4; $p < 0.05$) times higher probability of achieving a ≥ 3 points improvement on GBRS-PT, relatively to the participants that did not achieved the success criteria for functional disability at 2 weeks. **Conclusions:** The results tend to confirm, on one hand, the heterogeneity of chronic low back pain and on the other, the existence of external prognosis factors for each individual as prediction factors for the achievement of a success response in a multimodal physiotherapy treatment. It appears to exist an association relationship between the early response to the treatment (at 2 weeks) and the probability of obtaining a clinical improvement at a short term (8 weeks) and medium term (3 months).

KEYWORDS: Chronic Low Back Pain; Early Response; Physiotherapy; Prognostic Factor

Índice

1. Introdução.....	1
2. Metodologia.....	10
2.1 Participantes.....	10
2.2 Procedimentos de Recrutamento da Amostra.....	11
2.3 Instrumentos de Medida.....	12
2.4 Fator de Prognóstico.....	14
2.5 Critérios utilizados na Definição dos Resultados de Sucesso.....	14
2.6 Análise Estatística.....	15
3. Apresentação dos Resultados.....	17
3.1 Curso Clínico.....	19
3.2 Resposta precoce ao tratamento de Fisioterapia como fator preditor de Resultados de Sucesso em utentes com Lombalgia Crónica.....	21
4. Discussão de Resultados.....	27
5. Conclusão.....	34
6. Referências Bibliográficas.....	35
7. Índice de Figuras.....	42
8. Índice de Tabelas.....	43
9. Apêndices.....	44
10. Anexos.....	124

1. INTRODUÇÃO

A lombalgia é definida como uma dor localizada entre a 12^a costela e as pregas glúteas inferiores, podendo ou não existir irradiação para o(s) membro(s) inferior(es) (Henschke et al., 2008; Krismer & van Tulder, 2007). Apenas em 5-10% dos casos a origem da lombalgia é conhecida, ou seja, consegue-se identificar uma causa específica para a dor, como por exemplo condições inflamatórias, causas infecciosas ou neoplásicas, doenças ósseas metabólicas, condições traumáticas e/ou distúrbios congénitos (Krismer & van Tulder, 2007). Na maior parte dos casos, não é possível atribuir uma causa conhecida/específica para a ocorrência da condição, denominando-se, nestas situações, lombalgia de origem não específica (Krismer & van Tulder, 2007). Para além da etiologia, a lombalgia também se categoriza tendo em conta a sua duração. Assim, é classificada como aguda quando a sua duração é inferior a 6 semanas, subaguda quando é superior a 6 semanas mas inferior a 12 semanas e crónica quando a duração é superior a 12 semanas, ou ocorre periodicamente num período de 6 meses (Steenstra et al., 2016; Krismer & van Tulder, 2007), presente em, pelo menos, metade dos dias deste período (Deyo et al., 2015).

A prevalência pontual global de lombalgia com limitação funcional foi, em 2015, de 7,3%, implicando que 540 milhões de pessoas foram afetadas em qualquer momento da sua vida (Hartvigsen et al., 2018). Em Portugal, 26,4% (IC 23,3 – 29,5%) da população auto reportou presença de lombalgia no projeto EpiReumaPt (Branco et al., 2016; N. Gouveia et al., 2016).

A lombalgia é, hoje, a principal causa de incapacidade a nível global (Hartvigsen et al., 2018; Vos et al., 2016). Na Europa, esta condição é a causa mais comum de baixa médica e reforma antecipada (Hartvigsen et al., 2018), embora a incapacidade para o trabalho devido a esta condição varie entre os países europeus. Na Noruega e na Suécia, por exemplo, no ano de 2000, a percentagem de faltas ao trabalho devido a lombalgia, a curto prazo, foi de 5,1% e 6,4%, respetivamente. Também nos EUA, a lombalgia é responsável por mais dias de trabalho perdidos do que qualquer outra condição clínica músculo-esquelética (Hartvigsen et al., 2018).

A lombalgia aguda geralmente é autolimitada e apresenta uma taxa de recuperação de, aproximadamente, 90% em 6 semanas (van Tulder et al., 2006). No entanto, estima-se que cerca de 5 a 10% dos casos desenvolverão lombalgia crónica, que é responsável pelo elevado custo dos tratamentos, baixa médica e sofrimento individual, além de ser um dos principais motivos que leva as pessoas a procurar os serviços de saúde (Meucci, Fassa & Faria, 2015).

Num estudo recente desenvolvido por Gouveia et al. (2016) foi determinada a prevalência da lombalgia crónica ativa na população adulta Portuguesa. Neste estudo em

particular, lombalgia crónica ativa foi definida como dor lombar auto-reportada, presente no dia da entrevista e na maior parte do tempo durante, pelo menos, 90 dias. Segundo este, estima-se que a prevalência desta condição seja de 10.4% (95% IC: 9.6; 11.9%) e que a presença auto-reportada de doença reumatológica e músculo-esquelética (OR 2.93, $p < 0.001$), o género feminino (OR 1.34, $p = 0.008$), idade (OR 1.02, $p < 0.001$), maior IMC (OR 1.27; $p = 0.028$) e maior número de co-morbilidades auto-reportadas (OR 1.12; $p < 0.001$) estejam significativamente associadas à presença de lombalgia crónica ativa. Por outro lado, a prática de atividade física (OR 0.74; $p = 0.011$) mostrou-se inversamente associada à mesma (N. Gouveia et al., 2016).

No que respeita ao impacto económico, a lombalgia crónica está associada, principalmente, a incapacidade a longo-prazo e, conseqüentemente, a uma significativa carga socioeconómica. Cerca de 80% dos custos de saúde e sociais são atribuídos a 10% dos casos com dor crónica e incapacidade associada (Helmhout et al., 2010). Segundo dados do EpiReumaPt, 30,6% dos indivíduos com lombalgia crónica referiram ter consultado um médico, independentemente da sua especialidade, mais de 7 vezes nos últimos 12 meses, 14,3% foram hospitalizados e 23,3% encontram-se à procura de tratamentos complementares (N. Gouveia et al., 2016). Assim, em relação aos custos diretos, a presença de lombalgia crónica ativa associou-se a um consumo significativamente maior de recursos de saúde nomeadamente de consultas médicas no ano anterior ($\beta = 2,65$, $p = 0,018$) (N. Gouveia et al., 2016). Relativamente aos custos indiretos da lombalgia crónica estimados para Portugal Continental e considerando custos salariais de 2010, estes ascendem aos 738.85 milhões de euros. Cerca de 280.95 milhões são atribuídos ao absentismo causado pela incapacidade a curto-prazo enquanto 458.90 milhões à redução do volume de emprego por reformas antecipadas e outras formas de não participação no mercado de trabalho (M. Gouveia & Augusto, 2011).

Uma proporção significativa de utentes com lombalgia crónica recorre à Fisioterapia sendo esta uma das estratégias terapêuticas mais utilizadas e recomendadas no tratamento desta condição (Casserley-Feeney, Leslie Daly & Hurley, 2008). Em relação ao tratamento de Fisioterapia em utentes com lombalgia crónica, os principais objetivos são a redução da dor e o aumento da capacidade funcional, sendo que as estratégias/ modalidades para os alcançar podem ser diversas (Krismer & van Tulder, 2007) e nem sempre com resultados clinicamente importantes. A investigação realizada acerca da efetividade da fisioterapia em utentes com lombalgia crónica de origem não específica é abundante (Saragiotto et al., 2016) e tem demonstrado de forma consistente que não existe uma superioridade de efeito significativa de uma modalidade de intervenção relativamente a outra. Mais ainda, tem-se verificado que,

independentemente da intervenção, existe um considerável número de utentes que não apresenta melhorias significativas (Cecchi et al., 2014; Costa et al., 2009).

Com efeito, vários estudos têm sido desenvolvidos e publicados com o objetivo de conhecer o benefício para o utente (ou a sua ausência) das estratégias/ modalidades de tratamento utilizadas, recorrendo usualmente a critérios específicos para definir o sucesso e/ou insucesso destas intervenções. Cecchi et al. (2014) realizaram um estudo recentemente com o objetivo de quantificar os resultados de sucesso em utentes com lombalgia crónica de origem não específica que participaram num programa que incluiu exercício e educação/aconselhamento. Os resultados de sucesso foram avaliados pelo nível de incapacidade funcional na alta e após 1 ano tendo sido medidos através da *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) e considerando como critério de sucesso uma melhoria $\geq 30\%$ - diferença mínima clinicamente importante (DMCI). Os autores observaram que na alta 59% de um total de 211 utentes obteve resultados de sucesso e que após 1 ano este valor foi de 50% (Cecchi et al., 2014).

Por sua vez, Costa et al., (2009) desenvolveram um estudo (*inception cohort*) com o propósito de descrever o curso clínico da lombalgia crónica de origem não específica em utentes que recebiam tratamento de diferentes profissionais (fisioterapeutas e médicos de clínica geral, por exemplo). Foram utilizados os *outcomes* intensidade da dor, incapacidade e retorno ao trabalho juntamente com a capacidade funcional prévia, avaliados através de entrevista telefónica pelos itens 7 e 8 (adaptados) do Questionário SF-36 (“Quanta dor lombar teve na semana passada?” e “Durante a semana passada, o quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal? (incluindo trabalho doméstico e fora de casa)”) no início da lombalgia crónica e ao fim de 9 e 12 meses (L. d. C. M. Costa et al., 2009). Os resultados deste estudo mostraram que a probabilidade de estar “livre de dor” ao fim de nove meses foi de 35% e ao fim de doze meses de 42% (L. d. C. M. Costa et al., 2009). Por sua vez, a probabilidade de estar completamente recuperado foi de 35% e 41% ao fim de nove e doze meses, respetivamente (L. d. C. M. Costa et al., 2009). É de referir que foi questionado aos participantes se estavam livres de dor, se não sentiam qualquer incapacidade devido à dor nas costas e se regressaram ao trabalho com as capacidades anteriores e que uma resposta positiva às três questões durante 30 dias consecutivos foi o critério estabelecido para a “recuperação completa” (L. d. C. M. Costa et al., 2009).

O estudo de Verkerk et al. (2013) teve como objetivo descrever o curso clínico da incapacidade funcional e identificar fatores de prognóstico clinicamente importantes para a incapacidade em utentes com lombalgia crónica de origem não específica, que receberam

intervenção multidisciplinar. O critério para a definição de resultado de sucesso foi a obtenção de uma melhoria de, pelo menos, 30% na *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS) entre a *baseline* e os *follow-ups* a 5 e 12 meses. Comparativamente à *baseline*, 62,6% relataram uma melhoria de 30% na incapacidade após 2 meses de tratamento, 61,3% após 5 meses e 63,4% no *follow-up* aos 12 meses (K. Verkerk et al., 2013). Aos 5 meses de *follow-up*, 30,9% apresentou uma pontuação inferior a 20 na QBPDS (critério para a recuperação absoluta) e 38,3% aos 12 meses (K. Verkerk et al., 2013).

Também a realidade Portuguesa tem sido analisada neste ponto de vista. Por exemplo, no estudo de Moniz & Cruz (2012) um dos objetivos foi analisar os resultados da prática da fisioterapia multimodal em utentes com lombalgia crónica. A amostra do estudo foi dicotomizada após a intervenção em “cl clinicamente estável” e “melhoria clínica” considerando a DMCI estabelecida para *Quebec Back Pain Disability Scale* – versão portuguesa (QBPDS-PT) e os valores obtidos para a *Patient Global Impression of Change Scale* (PGIC-PT). Concluiu-se que, para a função, apenas 57,1% obteve “melhoria clínica”, ou seja, mais de 40% dos participantes não atingiu o nível de melhoria considerado clinicamente importante (Moniz et al., 2012).

A literatura é, portanto, consistente na identificação de uma considerável percentagem de utentes que não responde favoravelmente à intervenção (Cecchi et al., 2014; L. d. C. M. Costa et al., 2009). Estes resultados surgem em diferentes contextos/locais de prática, associados a diferentes tipos de intervenção, incluindo quando a intervenção é multimodal. Desta forma, a globalidade destes dados parece apontar para a necessidade de compreender melhor a razão e os fatores associados a diferentes respostas ao tratamento, nomeadamente através da identificação de fatores de prognóstico, que possam aumentar/diminuir a probabilidade de sucesso/insucesso. Este conhecimento pode contribuir para adequar as intervenções a esses fatores, de modo a aumentar a efetividade do tratamento prestado e respetivos resultados clínicos.

Fatores de prognóstico para a resposta ao tratamento são características que, entre indivíduos com uma determinada condição de saúde, se encontram associadas a um resultado clínico (Riley et al., 2013), ou seja, que indicam a probabilidade de obter um determinado resultado (*outcome*), independentemente do tratamento (Kent et al., 2010; Hancock et al., 2009). Estes fatores podem incluir uma ampla variedade de características sociodemográficas, aspetos específicos da condição de saúde (dados da história clínica e do exame físico), presença de comorbilidades, fatores psicossociais ou outros externos ao indivíduo (ambientais, ecológicos, resposta ao tratamento, etc) (Moons, Royston, Vergouwe, Grobbee & Altman, 2009; Beattie & Nelson, 2007). Salienta-se que estes fatores não necessitam de estabelecer uma relação de

causa-efeito com o *outcome*, mas apenas uma associação suficientemente forte para prever a sua influência no mesmo, distinguindo grupos de indivíduos com prognósticos diferentes (Riley et al., 2013).

No que diz respeito à resposta ao tratamento de fisioterapia em utentes com lombalgia crónica, a investigação realizada acerca dos fatores de prognóstico para os resultados de sucesso tem identificado algumas características dos indivíduos e da condição clínica. Por exemplo, no estudo de Cecchi et al. (2014), já referido anteriormente, os resultados obtidos mostraram que a intensidade da dor na *baseline* foi a única variável associada significativamente a um decréscimo de, pelo menos, 30% na incapacidade funcional, após o tratamento (OR=0,83; 95% IC 0,71-0,95; p=0,012) – maiores níveis de intensidade da dor na *baseline* predizem resultados de sucesso. Em contrapartida, ter mais idade (OR=0,94; 95% IC 0,91-0,98; p=0,003), a realização de tratamentos anteriores (OR=0,33; 95% IC 0,15-0,71; p=0,004), bem como o recurso à medicação para a lombalgia nos últimos 12 meses (OR=0,18; 95% IC 0,08-4,69; p<0,001) foram significativamente associados a resultados de insucesso no *follow-up* (após 1 ano) (Cecchi et al., 2014). Por outro lado, a saúde mental na *baseline* (OR=1,1; 95% IC 1,01-1,24; p=0,02) e a adesão à realização dos exercícios prescritos para a lombalgia (OR=2,10; 95% IC 1,03-4,42; p=0,04) foram significativamente associados aos resultados de sucesso na incapacidade funcional no *follow-up* (Cecchi et al., 2014).

Noutro estudo desenvolvido por Verkerk et al. (2013), também já referido anteriormente, maiores níveis de intensidade da dor e maiores níveis de incapacidade funcional na *baseline*, bem como uma menor duração dos sintomas e presença de fatores psicossociais ajustados foram associados aos resultados de sucesso (redução de 30% na QBPDS) após a intervenção em fisioterapia. Na avaliação realizada aos 5 meses, os fatores de prognóstico identificados para a obtenção do mesmo critério de melhoria na incapacidade funcional foram: viver acompanhado (OR=1,32; 95% IC 0,93-1,87); menor duração das queixas na *baseline* (OR=0,98; 95% IC 0,97-0,99); idade mais jovem (OR=0,97; 95% IC 0,96-0,98); maior pontuação de incapacidade na *baseline* (OR=1,04; 95% IC 1,03-1,04); não ter experienciado reabilitação prévia (OR=0,52; 95% IC 0,37-0,74), diminuição do curso da dor nos três meses anteriores à *baseline* (OR=1,66; 95% IC 1,05-2,62), maior participação no trabalho (OR=1,42; 95% IC 1,02-1,96) e pontuações mais elevadas na dimensão física (OR=1,08; 95% IC 1,06-1,11) e na dimensão mental (OR=1,03; 95% IC 1,02-1,04) do questionário SF-36. Aos 12 meses, os fatores de prognóstico identificados foram: ser casado ou viver com um adulto (OR=1,54; 95% IC 0,88-2,68); ausência de comorbilidades (OR=0,61; 95% IC 0,42-0,90); idade mais jovem (OR=0,98; 95% IC 0,97-0,99); maior nível educacional (OR=1,45; 95% IC 0,42-0,90); maior incapacidade na *baseline*

(OR=1,03; 95% IC 1,01-1,04); não ter experienciado reabilitação prévia (OR=0,72; 95% IC 1,01-1,04); ter uma menor intensidade de dor na *baseline* (OR=0,99; 95% IC 0,99-1,00) e maior pontuação no questionário SF-36 – dimensão física (OR=1,06; 95% IC 1,04-1,09).

Anteriormente em 2004, Michaelson, Sjolander & Johansson (2004) identificaram fatores de prognóstico para a lombalgia crónica, avaliando 167 participantes submetidos a um programa multimodal, durante 4 semanas. Os participantes foram dicotomizados em “diminuição da lombalgia crónica” – mudança de, pelo menos, 25mm da Escala Visual Análoga (EVA), e “sem alterações ou pioria da lombalgia crónica” – mudança inferior a 25mm na EVA. Após o período de tratamento, o modelo que melhor previu a redução da intensidade da dor foi baseado em três variáveis significativas: maior intensidade da dor na EVA (OR=1,09; 95% IC 1,05-1,12), menor severidade da dor no *Multidimensional Pain Inventory* (MPI) (OR=0,40; 95% IC 0,24-0,67) e maior *stress emocional* no MPI (OR=2,33; 95% IC 1,25-4,33). Este modelo classificou corretamente 73% dos participantes, com uma variância explicada de 32% (46% de sensibilidade e 86% de especificidade) (Michaelson et al., 2004). Após 1 ano do término do tratamento, as variáveis que se mostraram associadas a uma redução da intensidade da dor foram menor severidade da dor no MPI (OR=0,42; 95% IC 0,25-0,70) e maior intensidade da dor na EVA (OR=1,06; 95% IC 1,03-1,09). Este modelo classificou corretamente 69% dos participantes, com uma variância explicada de 20% (34% de sensibilidade e 86% de especificidade) (Michaelson et al., 2004).

O estudo de Campos (2014) teve como objetivo identificar fatores de prognóstico para os bons resultados da Fisioterapia, a curto e médio prazo, ao nível da intensidade da dor, capacidade funcional e perceção global de melhoria em 42 indivíduos com lombalgia crónica, que realizaram um programa de exercício em meio aquático. Após a análise multivariada, verificou-se que a variável intensidade da dor na *baseline* mostrou uma relação estatisticamente significativa com o *outcome* intensidade da dor (EVA) às 6 semanas após o início da intervenção (OR=1,049; 95% IC 1,004-1,097), bem como a presença de irradiação para o membro inferior (OR=0,008; 95% IC 1,963-91,716) (Campos, 2014). No que se refere com o *outcome* incapacidade funcional (QBPDS-PT), a variável incapacidade funcional na *baseline* revelou uma relação estatisticamente significativa, 6 semanas após o início da intervenção (OR=1,061; 95% IC 1,009-1,115). Em relação ao *outcome* intensidade da dor, 3 meses após o final da intervenção, apenas foram encontradas relações estatisticamente significativas com a variável intensidade da dor na *baseline* (OR=1,045; 95% IC 1,004-1,089) (Campos, 2014).

Assim, a literatura tem identificado um conjunto de características sociodemográficas e clínicas associadas aos resultados de sucesso/insucesso da intervenção da Fisioterapia,

nomeadamente, duração das queixas (Verkerk et al., 2013), idade (Verkerk et al., 2013), viver acompanhado (Verkerk et al., 2013), intensidade da dor na *baseline* (Campos, 2014; Cecchi et al., 2014; Verkerk et al., 2013; Michaelson et al., 2004) incapacidade funcional na *baseline* (Verkerk et al., 2013), medicação (Cecchi et al., 2014), experiência anterior de reabilitação (Verkerk et al., 2013), participação no trabalho (Verkerk et al., 2013), qualidade de vida (Verkerk et al., 2013), nível educacional (Verkerk et al., 2013), ausência de comorbilidades (Verkerk et al., 2013), saúde mental na *baseline* (Cecchi et al., 2014), adesão ao exercício (Cecchi et al., 2014), presença de irradiação para o membro inferior (Campos, 2014) e níveis de stress emocional (Michaelson et al., 2004).

Mais recentemente, e para além dos fatores relativos às características sociodemográficas e clínicas dos utentes na *baseline*, vários estudos têm procurado identificar outros fatores de prognóstico, externos ao indivíduo, para os resultados da intervenção (Cook et al., 2017; Tong et al., 2006). Os resultados destes estudos apontam para que a trajetória de recuperação e o padrão clínico, definido como o período em que se observam melhorias clínicas, podem influenciar positiva ou negativamente o prognóstico da lombalgia crónica de origem não específica bem como providenciar informação adicional sobre o sucesso/insucesso da intervenção (Cook et al., 2017; Kongsted, Kent, Hestbaek, & Vach, 2015; Tong et al., 2006).

O estudo de Cook et al. (2017) teve como objetivo determinar se mudanças na intensidade da dor após 2 semanas em 63 utentes com lombalgia crónica submetidos a terapia manual predizem melhorias clínicas aos 6 meses de *follow-up*. Através dos resultados obtidos concluiu-se que os participantes que obtiveram uma redução na intensidade da dor (END) \geq 33% após 2 semanas tiveram 6,98 (95% IC 1,29-37,53) vezes mais de probabilidade de obter uma melhoria de 50% na perceção de melhoria (*Global Rating of Change – GRoC*) e 4,74 (95% IC 1,31-17,17) vezes mais de probabilidade de obter uma melhoria de 50% na incapacidade funcional (*Modified Oswestry Disability Index – ODI*) aos 6 meses, em comparação com aqueles que não obtiveram uma redução de 33% na intensidade da dor às 2 semanas (Cook et al., 2017). Por outro lado, os participantes que relataram uma redução na intensidade da dor \geq 50% em 2 semanas tiveram 5,98 (95% IC 1,56-22,88) vezes mais de probabilidade de obter uma melhoria de 50% na perceção de melhoria e 3,99 (95% IC 1,23-12,88) vezes mais de probabilidade de obter uma melhoria de 50% na incapacidade funcional aos 6 meses, em comparação com aqueles que não tiveram uma redução de 50% na intensidade da dor às 2 semanas (Cook et al., 2017). Deste estudo podemos então concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre uma resposta precoce ao tratamento e a obtenção de resultados de sucesso, neste caso, ao nível da incapacidade funcional e perceção de melhoria.

No entanto, é importante salientar que o estudo apresenta algumas limitações – que implicam que os resultados sejam interpretados com alguma ponderação – nomeadamente, uma amostra reduzida e o facto dos participantes serem submetidos a uma intervenção específica (terapia manual), não sendo o mais adequado quando o objetivo é estudar fatores de prognóstico, uma vez que se pretende que os resultados obtidos sejam independentes do efeito de uma determinada intervenção e, para tal, deverá existir variabilidade da mesma (Kent et al., 2010).

Anteriormente em 2006, Tong et al. realizaram um estudo em que o objetivo foi avaliar o quão a resposta precoce à fisioterapia em utentes com lombalgia crónica prediz os resultados obtidos na alta. Foram incluídos 52 utentes que receberam duas sessões de intervenção por semana (média de 8 sessões). Os resultados obtidos indicaram que a resposta obtida na segunda sessão foi capaz de prever corretamente os bons resultados na intensidade da dor (EVA) (redução de $\geq 30\%$ na EVA) em 63,5% dos participantes ($p=0.02$). A resposta obtida da segunda para a terceira sessão foi capaz de prever os bons resultados na intensidade da dor (EVA) (redução de $\geq 30\%$ na EVA) em 68,6% dos participantes ($p=0.01$) e que a resposta obtida da segunda para a quarta sessão foi capaz de prever os bons resultados na intensidade da dor (EVA) (redução de $\geq 30\%$ na EVA) em 80,4% dos participantes ($p<0,001$) (Tong et al., 2006). O estudo mostra então que as respostas obtidas nas primeiras 4 sessões de fisioterapia (primeiras 2 semanas) ajudam a prever quem irá obter uma melhoria significativa à data de alta, neste caso, em relação à intensidade da dor. Mas, mais uma vez, é importante referir algumas das limitações deste estudo, tais como a reduzida dimensão da amostra e o facto de terem sido utilizadas poucas co variáveis (idade, género, raça, duração da dor e início da dor – agudo ou insidioso), o que poderá reduzir o poder estatístico dos resultados obtidos.

Em síntese, existe evidência preliminar sobre a potencial relevância da resposta precoce ao tratamento como possível fator de prognóstico para os resultados obtidos com a fisioterapia. Nos estudos acima referidos, verificou-se uma diminuição clinicamente importante ao nível da intensidade da dor nas primeiras 2 semanas. Este facto leva a crer que uma **resposta precoce e positiva ao tratamento pode estar associada a uma maior probabilidade de sucesso nos resultados obtidos pelos utentes com a intervenção da Fisioterapia**, ou seja, que este novo fator pode adicionar valor aos restantes relativamente à predição de resultados de sucesso/insucesso obtidos no final da intervenção.

Assim, o presente estudo tem por objetivo investigar se a resposta precoce ao tratamento, – **definida como uma mudança clinicamente relevante na intensidade da dor e incapacidade funcional** que ocorre nas primeiras 2 semanas é um fator de prognóstico para a obtenção de resultados de sucesso a curto e médio prazo com a intervenção multimodal em

Fisioterapia. O presente estudo pretende, desta forma, contribuir para o conhecimento neste tópico através da identificação de fatores de prognóstico externos ao indivíduo.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional de coorte prospetivo com 150 indivíduos com lombalgia crónica de origem não específica, a iniciar tratamento de fisioterapia, recrutados de forma não-probabilística e consecutiva, em 20 serviços de Fisioterapia (4 IPSS, 6 clínicas privadas, 3 centros de saúde, 5 entidades particulares, 1 hospital, 1 clínica pedagógica) no período decorrido entre Outubro de 2015 e Junho de 2018.

O presente estudo foi submetido para apreciação à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a garantir o cumprimento de todos os aspetos éticos e a que fosse possível a sua realização. A Comissão Especializada de Ética em Investigação considerou como cumpridos os requisitos necessários, emitindo parecer favorável para a realização do estudo (Anexo 1).

2.1 Participantes

Foram considerados elegíveis todos os utentes com as seguintes características: **idade compreendida entre 18-65 anos** (Kongsted et al., 2015), de modo a garantir a homogeneidade dos participantes e a despistar algumas das condições associadas ao envelhecimento, que poderão estar relacionadas com a lombalgia e resposta ao tratamento (Jones, Pandit, & Lavy, 2014); **dor localizada na região lombar, com ou sem irradiação** para o membro inferior e que persista há, pelo menos, 12 semanas (K. Verkerk et al., 2013) ou que ocorra periodicamente num período de 6 meses (Krismer & van Tulder, 2007; Steenstra et al., 2016), presente em, pelo menos, metade dos dias deste período (Deyo et al., 2015); **saber ler e escrever Português Europeu**, de forma a garantir o preenchimento dos diferentes instrumentos de avaliação; **ter um valor > 2 na *baseline***, para a **intensidade da dor**, avaliada pela Escala Numérica da Dor (END).

Foram excluídos os indivíduos com presença de **patologia específica**, tal como sintomas de compressão radiculares, doença inflamatória e/ou infecciosa, doença sistémica, dor de origem visceral/maligna, fratura ou risco de fratura (Henschke et al., 2008; K. Verkerk et al., 2013); com **lombalgia de origem específica**, por infeção, tumor, fratura e/ou doença inflamatória (L. da C. M. Costa et al., 2007; Macedo et al., 2014; Karin Verkerk et al., 2015); que tivessem sido submetidos a **cirurgia lombar recente** (últimos 6 meses), **fisioterapia ou outro tratamento conservador devido a sintomas lombares nos últimos 3 meses**, com exceção de medicação para a dor (K. Verkerk et al., 2013; Karin Verkerk et al., 2015). Foram também

excluídas mulheres **grávidas ou até 6 meses após o parto**, à data de avaliação pelo Fisioterapeuta (K. Verkerk et al., 2013; Karin Verkerk et al., 2015), uma vez que a lombalgia é comum durante a gravidez, no entanto, os fatores etiológicos apontados são diferentes dos fatores associados à lombalgia crónica de origem não específica (Fersum et al., 2010; Sabino & Grauer, 2008; Smeets et al., 2008).

2.2 Procedimentos de Recrutamento da Amostra

Em cada um dos locais de recolha de dados para este estudo, os participantes foram recrutados por Fisioterapeutas colaboradores que aceitaram participar no estudo. Cada Fisioterapeuta (FT) que aceitou, voluntariamente participar no estudo recebeu previamente informação relativamente ao objetivo do estudo e um Manual para Recrutamento e Seleção da Amostra (Apêndice 3). O objetivo foi garantir a uniformização dos procedimentos de seleção dos participantes e recolha de dados, e minimizar possíveis fontes de viés. No Manual constavam todos os passos para a identificação de potenciais participantes, verificação dos critérios de elegibilidade e convite ao utente para participar no estudo. Adicionalmente à documentação enviada, foi realizada uma sessão de esclarecimento.

Em cada local todos os potenciais participantes diagnosticados pelo médico como tendo lombalgia de origem não específica foram convidados a participar no estudo. Após verificação dos critérios de inclusão/exclusão pelos FT colaboradores, todos os utentes receberam uma Ficha Informativa para Participantes (Apêndice 1), sendo que os utentes que aceitaram participar no estudo assinaram o Consentimento Informado por escrito (Apêndice 2).

Todos os participantes foram avaliados em 4 momentos distintos, coincidentes com o início do tratamento (*baseline* - T0), 2 semanas (T1), 8 semanas ou data de alta se anterior às 8 semanas (T2), e aos 3 meses (T3), após o início da intervenção.

Na avaliação inicial os participantes preencheram um Caderno de Instrumentos (Apêndice 4) que continha um Questionário de Caracterização Sociodemográfico e Clínica, a Escala Numérica da Dor (END) e a Versão Portuguesa da *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS-PT). Às 2 e 8 semanas seguintes, ou à data de alta, caso esta tenha sido dada antes das 8 semanas, os participantes voltaram a preencher a END, a QBPDS-PT e a versão Portuguesa da GBRS. Posteriormente, aos 3 meses após o início da intervenção (*follow-up*), foram administrados, telefonicamente, a END, QBPDSPT e GBRS-PT.

Os instrumentos de medida foram facultados aos participantes por cada um dos

fisioterapeutas colaboradores. Cada utente preencheu os instrumentos autonomamente, em local reservado sem a presença ou interferência dos FT colaboradores. Após a recolha dos dados, cada fisioterapeuta colocou os instrumentos num envelope selado que foi entregue posteriormente à investigadora.

Uma vez que todos os participantes no estudo estavam a receber tratamento de Fisioterapia, foi adicionalmente solicitado aos FT colaboradores o registo da sua intervenção, de acordo com uma Folha de Registo de Procedimentos estandardizada (Apêndice 5). Nessa folha constavam questões acerca da referenciação para a Fisioterapia, do subsistema de saúde do participante, data de início da intervenção, data de alta e qual o seu motivo, e o registo das modalidades realizadas em cada semana de tratamento.

Em relação à intervenção realizada – modalidades/ procedimentos –, não existiu qualquer orientação dada aos FT colaboradores, uma vez que o objetivo foi “diluir” o efeito da intervenção – pretende-se que os resultados obtidos não se encontrem diretamente relacionados com o tipo de intervenção e, como tal, não deverá existir definida uma intervenção específica.

2.3 Instrumentos de Medida

O Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica foi desenvolvido por Caeiro et al. (2015) através das recomendações da “*NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain*” para avaliação das características e impacto da lombalgia crónica (Deyo et al., 2015). Este questionário incluiu questões acerca de dados sociodemográficos, situação profissional, caracterização da dor, medicação, impacto da condição na vida do utente, avaliação de sintomas depressivos, caracterização do sono e intensidade da dor (END).

Para avaliar a incapacidade funcional foi utilizada a versão portuguesa da *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS-PT). Trata-se de um instrumento autoadministrado, com 20 itens, onde é solicitado ao utente que avalie o grau de dificuldade que sente a realizar uma tarefa específica, de 0 (“sem dificuldade”) a 5 (“incapaz de realizar”). A pontuação da QBPDS varia de 0 a 100, sendo que valores mais próximos de 100 correspondem a maiores níveis de incapacidade (Cruz et al., 2013).

Relativamente às suas propriedades psicométricas, a escala apresenta um α de Cronbach de 0.95, indicando uma excelente consistência interna, e uma fiabilidade teste-reteste satisfatória (ICC=0.696 95% IC 0.581 – 0.783) (Cruz et al., 2013). Foi também realizada a avaliação da validade convergente, que mostrou uma forte correlação com o *Roland Morris Disability Questionnaire* (0.62; $p < 0.001$) e uma correlação moderada com a Escala Visual

Análoga (0.38; $p < 0.001$) e revelou capacidade para discriminar entre utentes com e sem dor irradiada (Cruz et al., 2013).

Foram realizados vários estudos de forma a identificar a DMCI da QBPDS-PT (Demoulin, Ostelo, Knottnerus, & Smeets, 2010; Ostelo et al., 2008), sendo que uma proposta de consenso realizada através do que já existe na evidência e, posteriormente, através da participação de um painel de *experts*, concluiu que, tendo em conta os valores da *baseline*, uma diferença mínima de 30% é suficiente para definir uma melhoria clinicamente importante (Ostelo et al., 2008).

A avaliação da intensidade da dor foi realizada através da Escala Numérica da Dor (END). A END é uma escala de medição, unidimensional, que tem como objetivo avaliar a perceção da intensidade da dor. Apresenta 11 pontos, que varia desde o 0 (“ausência de dor”) até ao 10 (“pior dor que pode imaginar”) (Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011). No seu preenchimento é solicitado ao utente que selecione qual o número que melhor representa a intensidade da sua dor naquele momento (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011).

No que diz respeito às suas propriedades psicométricas, a END é um instrumento válido, fiável e com utilidade na prática clínica (Hawker et al., 2011). Apresenta uma fiabilidade teste-reteste de $r = 0,96$ e $0,95$, respetivamente, e um α de Cronbach = $0,84$ (Rehabilitation Measures Database, 2010).

Tendo em conta os valores da *baseline*, uma diminuição de, pelo menos, 30% foi acordada como a DMCI (Ostelo et al., 2008). No entanto, no estudo de O’Brien et al. (2010), uma redução em cerca de 50% foi acordada como a DMCI – sendo esta a percentagem identificada pelos utentes com lombalgia crónica como clinicamente significativa (O’Brien et al., 2010). Tradicionalmente, as determinações sobre os critérios de sucesso no tratamento da dor crónica têm sido feitas por profissionais de saúde. Esse “modelo médico” é frequentemente derivado e conduzido através de análises estatísticas e não fornece muita informação para a incorporação da perspetiva do utente relativamente a um resultado bem-sucedido (O’Brien et al., 2010). No entanto, a adoção de um modelo centrado no utente permite contribuições muito maiores para o próprio utente, para determinar o sucesso do tratamento (O’Brien et al., 2010).

Comparando as percentagens acordadas nos dois estudos, neste último, a redução é, aproximadamente, o dobro do valor proposto em pesquisas anteriores (O’Brien et al., 2010), o que nos sugere que os utentes valorizam, para considerarem um resultado de sucesso, um valor muito superior de redução na intensidade da sua dor, relativamente ao valor que tem vindo a ser definido em estudos anteriores.

Para avaliar a percepção global de melhoria utilizou-se a versão portuguesa da *Global Back Recovery Scale* (GBRS-PT). A GBRS-PT é um instrumento de auto preenchimento, que contempla apenas um item de medição da recuperação global, em que os utentes classificam o seu grau de recuperação (Hush, Kamper, Stanton, Ostelo, & Refshauge, 2012). O instrumento está dividido em 11 pontos – o que é recomendado como o melhor compromisso entre a preferência do utente, a capacidade discriminativa adequada e a fiabilidade teste-reteste (Hush et al., 2012). A instrução dada ao utente, aquando o preenchimento da escala, é “Comparativamente ao início do tratamento nesta instituição, como avalia as suas costas atualmente?”.

Foi realizada a adaptação cultural da GBRS para a população portuguesa e verificou-se uma adequada fiabilidade teste-reteste – CCI=0.717 (IC 95% 0.479 – 0.849, $p<0.001$) e uma aceitável validade de constructo (relacionada com a escala PGIC-PT) – coeficiente de Spearman=0.448 (Freitas e Cruz, 2017). Nesse estudo a DMCI estimada para indivíduos com lombalgia crónica em tratamento de Fisioterapia foi de 2.5 (considera-se 3, uma vez que a escala é avaliada apenas por números inteiros), sendo este o valor que melhor diferencia os utentes que melhoram dos que não melhoram (Freitas e Cruz, 2017).

2.4 Fator de Prognóstico

Neste estudo pretende-se avaliar o valor de prognóstico da nova variável, resposta precoce ao tratamento. Esta foi definida como:

1. **Uma mudança clinicamente importante nas primeiras duas semanas de tratamento relativamente à intensidade da dor, ou seja, uma diminuição igual ou superior a 30% na intensidade da dor (DMCI), avaliada pela END, em relação à *baseline* (Ostelo et al., 2008);**
2. **Uma mudança clinicamente importante nas primeiras duas semanas de tratamento na incapacidade funcional, ou seja, uma diminuição igual ou superior a 30% na incapacidade funcional (DMCI), avaliada pela QBPDS-PT, em relação à *baseline* (Ostelo et al., 2008; K. Verkerk et al., 2013);**

2.5 Critérios Utilizados na Definição dos Resultados de Sucesso

Os resultados de sucesso (melhoria) foram definidos com base nos resultados obtidos na intensidade da dor, avaliada pela END, incapacidade funcional, avaliada pela QBPDS-PT, e

percepção global de melhoria, avaliada pela GBRS-PT, às 8 semanas, ou data de alta se anterior a esta duração, e aos 3 meses, após o início da intervenção.

Os critérios estabelecidos para definir resultados de sucesso às 8 semanas, ou data de alta se anterior a esta duração, foram:

1. **Intensidade da dor** - uma **diminuição igual ou superior a 50%** (DMCI) em relação à pontuação obtida na *baseline*, (O'Brien et al., 2010);
2. **Incapacidade funcional** - **diminuição igual ou superior a 30%** (DMCI), em relação à pontuação obtida na *baseline*, (K. Verkerk et al., 2013; Ostelo et al., 2008);
3. **Percepção global de melhoria** - uma pontuação, **no mínimo de 3 pontos**, da GBRS-PT (Freitas e Cruz, 2017).

Os critérios estabelecidos para definir resultados de sucesso aos 3 meses após o início do tratamento, foram:

4. **Intensidade da dor** - uma **manutenção na diminuição da dor (igual ou superior a 50%** (DMCI), em relação ao final do tratamento;
5. **Incapacidade funcional** - uma **manutenção na diminuição da incapacidade (igual ou superior a 30%** (DMCI), avaliada pela QBPDS-PT, em relação ao final do tratamento;
6. **Percepção global de melhoria** - uma manutenção na pontuação da GBRS, **no mínimo, de 3 pontos**, relativamente ao final do tratamento.

2.6 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics* 24 para o sistema operativo Mac OS X. Numa fase inicial utilizaram-se métodos de estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central e de dispersão para análise dos dados das variáveis numéricas e às frequências absoluta e relativa para análise das variáveis nominais, de forma a caracterizar a amostra do estudo relativamente aos dados sociodemográficos e clínicos.

Relativamente ao processamento dos dados em falta (*missing data*), procedeu-se à exclusão dos participantes cujo preenchimento dos diferentes instrumentos de medida se considerou inválido, pelo não preenchimento ou pelo preenchimento inadequado dos mesmos.

Para além da referida situação, foram excluídos todos os participantes que desistiram do estudo enquanto o mesmo decorreu.

De seguida, os participantes do estudo e os que desistiram foram comparados quanto às características sociodemográficas e clínicas na *baseline*. Para fazer esta comparação procedeu-se à análise da normalidade dos dados. Uma vez que não se verificou o pressuposto da normalidade em qualquer um dos grupos (Apêndice 6), o teste utilizado para as variáveis contínuas foi o teste de *Mann-Whitney*. No caso das variáveis nominais ou ordinais utilizou-se o teste de Qui-quadrado.

Os resultados obtidos pelos participantes em estudo, às 8 semanas e 3 meses, foram posteriormente classificados nas categorias “resultados de sucesso” e “resultados de insucesso” de acordo com os critérios estabelecidos. Posteriormente, e com recurso à regressão logística binária (Método: Enter), determinou-se a associação (valor *p* e *odds ratio* referentes à magnitude da relação) entre o fator de prognóstico (variável independente) – **resposta precoce ao tratamento** e a obtenção de resultados de sucesso no final da intervenção de Fisioterapia (8 semanas ou data de alta) e sua manutenção ou obtenção aos 3 meses após o início do tratamento (intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção global de melhoria – variáveis dependentes). Neste primeiro momento a associação entre a variável independente e as variáveis dependentes foi analisada de forma isolada, sendo posteriormente ajustada às características sociodemográficas e clínicas na *baseline* - covariáveis: idade (Verkerk et al., 2013), nível de intensidade da dor na *baseline* (Verkerk et al., 2013), nível de incapacidade funcional na *baseline* (Verkerk et al., 2013), duração dos sintomas (Verkerk et al., 2013), situação profissional (Verkerk et al., 2013), medicação (Cecchi et al., 2014) e irradiação para o membro inferior (Campos, 2014). De forma a assegurar o poder estatístico das associações e a precisão dos resultados as variáveis categóricas foram agrupadas em apenas duas categorias.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram recrutados 202 indivíduos com lombalgia crónica de origem não específica, dos quais 150 cumpriram os critérios de elegibilidade, tendo todos eles participado no primeiro momento de avaliação – *baseline*. Destes, 14 (9,33%) abandonaram o estudo. Os restantes 136 utentes concluíram a intervenção da Fisioterapia e foram reavaliados após o final da mesma (após 8 semanas ou imediatamente após a data de alta devido a melhoria clínica – diminuição superior ou igual a 50% na END; diminuição igual ou superior a 30% na QBPDS-PT e melhoria de, no mínimo, 3 pontos na GBRS-PT). Relativamente ao *follow-up*, realizado 3 meses após o início da intervenção, houve 14% (N=19) de desistências. Assim, no *follow-up*, responderam aos instrumentos de medida utilizados 86% (N=117) dos participantes avaliados na *baseline*, tal como ilustrado no Fluxograma 1.

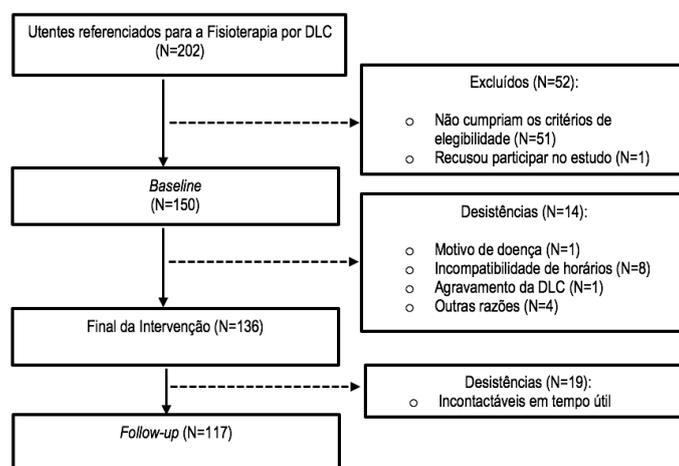


Figura 1. Fluxograma relativo à amostra do estudo.

De acordo com a Tabela 1, dos 136 participantes incluídos no estudo, 80,9% (N=110) pertence ao género feminino. Têm idades compreendidas entre os 22 e 65 anos e apresentam uma média de idades de 47,8 anos (DP±10,6). As restantes características sociodemográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Considerando as características clínicas da amostra (Tabela 2), 66,2% (N=90) apresenta lombalgia crónica há mais de 24 meses e 71,1% (N=96) apresenta sintomas de irradiação para o membro inferior. As restantes características clínicas encontram-se descritas na Tabela 2.

No que respeita à intensidade da dor na *baseline*, avaliada pela END, os participantes apresentam uma média de 5,75 pontos (DP= ± 1,8). Em relação à incapacidade funcional, avaliada pela QBPDS-PT, apresentam uma média de 36,13 pontos (DP= ± 18).

Os participantes do estudo e os que desistiram foram comparados relativamente às características sociodemográficas e clínicas na *baseline*. Dos resultados obtidos desta análise podemos concluir que os participantes do estudo e os que o abandonaram são semelhantes na

maioria das características, com exceção da intensidade da dor em T0 (p=0.022). Os resultados sugerem que o grupo dos participantes que desistiram têm valores de intensidade da dor mais elevados, quando comparados com o grupo dos participantes em estudo.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variável	Categorias da Variável	Participantes do	Desistências	Valor p	Amostra Total
		Estudo N = 136	N = 14		N = 150
Idade	-	Média: 47,8 anos (DP= ± 10,6)	Média: 46 anos (DP= ± 8,7)	0.349**	Média: 47,6 anos (DP= ± 10,5)
Género	Feminino (n; %)	110 (80,9%)	12 (85,7%)	0.659*	122 (81,3%)
	Masculino (n; %)	26 (19,1%)	2 (14,3%)		28 (18,7%)
Estado Civil	Solteiro(a) (n; %)	23 (16,9%)	0 (0%)	0.420*	23 (15,3%)
	Casado(a) (n; %)	87 (64%)	12 (85,7%)		99 (66%)
	União de Facto (n; %)	10 (7,4%)	1 (7,1%)		11 (7,3%)
	Divorciado(a) (n; %)	10 (7,4%)	1 (7,1%)		11 (7,3%)
	Viúvo(a) (n; %)	6 (4,4%)	0 (0%)		6 (4%)
Habilitações Literárias	Ensino Primário (n; %)	19 (14%)	3 (21,4%)	0.635*	22 (14,7%)
	Ensino Básico (n; %)	39 (28,7%)	5 (35,7%)		44 (29,3%)
	Ensino Secundário (n; %)	52 (38,2%)	3 (21,4%)		55 (36,7%)
	Ensino Superior (n; %)	26 (19,1%)	3 (21,4%)		29 (19,3%)
Situação Profissional	A trabalhar (n; %)	112 (82,4%)	11 (78,6%)	0.734*	123 (82%)
	Incapaz de trabalhar devido ao seu problema (n; %)	6 (4,4%)	1 (7,1%)		7 (4,7%)
	Desempregado(a) (n; %)	6 (4,4%)	0 (0%)		6 (4%)
	Reformado(a) (n; %)	9 (6,6%)	1 (7,1%)		10 (6,7%)
	Doméstico(a)	3 (2,2%)	1 (7,1%)		4 (2,7%)

Legenda: * teste de Qui-Quadrado; ** teste de Mann-Whitney

Tabela 2. Caracterização Clínica da Amostra

Variável	Categorias da Variável	Participantes do	Desistências	Valor p	Amostra Total
		Estudo N = 136	N = 14		N = 150
Duração da lombalgia crônica	3-6 meses (n; %)	13 (9,6%)	1 (7,1%)	0.750*	14 (9,3%)
	6-12 meses (n; %)	24 (17,6%)	1 (7,1%)		25 (16,7%)
	12-24 meses (n; %)	9 (6,6%)	1 (7,1%)		10 (6,7%)
	Mais de 24 meses (n; %)	90 (66,2%)	11 (78,6%)		101 (67,3%)
Irradiação para o Membro Inferior	Sim (n; %)	96 (71,1%)	8 (57,1%)	0.279*	104 (69,3%)
	Não (n; %)	39 (28,9%)	6 (42,9%)		45 (30%)
Medicação para DLC	Sim (n; %)	63 (46,3%)	8 (57,1%)	0.440*	71 (47,3%)
	Não (n; %)	73 (53,7%)	6 (42,9%)		79 (52,7%)
Absentismo no último ano	Sim (n; %)	36 (26,5%)	6 (42,9%)	0.194*	42 (28%)
	Não (n; %)	100 (73,5%)	8 (57,1%)		108 (72%)
Intensidade da Dor_T0 (END)	-	Média: 5,75 (DP= ± 1,8)	Média: 7,14 (DP= ± 2,1)	0.022**	Média: 5,88 (DP= ± 1,9)
Incapacidade Funcional_T0 (QBPDS-PT)	-	Média: 36,13 (DP= ± 18)	Média: 35,36 (DP= ± 14,2)	0.744**	Média: 36,06 (DP= ± 17,6)

Legenda: * teste de Qui-Quadrado; ** teste de Mann-Whitney

3.1 Curso Clínico

Considerando a amostra no seu conjunto, a média da intensidade da dor (END) e da incapacidade funcional (QBPDS-PT) diminuíram entre a *baseline* ($5,88 \pm 1,9$; $36,06 \pm 17,6$) e as primeiras duas semanas ($4,49 \pm 2,0$; $30,33 \pm 16,2$) e entre as primeiras duas semanas e o final da intervenção ($3,06 \pm 2,3$; $21,12 \pm 16,4$), embora a maior diferença observada seja entre a *baseline* e o final da intervenção (Tabela 3). No *follow-up* de 3 meses, verificou-se um ligeiro aumento da média da intensidade da dor ($3,67 \pm 2,6$) e da incapacidade funcional ($24,97 \pm 18,1$) relativamente ao final da intervenção, no entanto, este valor foi menor relativamente ao valor observado na *baseline* (Tabela 3).

Média (\pm desvio-padrão) / Momento de Avaliação	Baseline (n=150)	2 semanas após o início da intervenção (n=136)	Final da Intervenção (n=136)	3 meses após o início da intervenção – follow-up (n=117)
Intensidade da Dor (END)	5,88 (\pm 1,9)	4,49 (\pm 2,0)	3,06 (\pm 2,3)	3,67 (\pm 2,6)
Incapacidade Funcional (QBPDS-PT)	36,06 (\pm 17,6)	30,33 (\pm 16,2)	21,12 (\pm 16,4)	24,97 (\pm 18,1)

Tabela 3. Estatística Descritiva dos *outcomes* em estudo na *baseline*, 2 semanas após o início da intervenção, final da intervenção e no *follow-up*, 3 meses após o início da intervenção.

Considerando os critérios definidos para os resultados de sucesso, observou-se que, após duas semanas de intervenção, 43,4% (N=59) dos participantes diminuíram a intensidade da dor em, pelo menos, 30%, na END, e 35,3% (N=48) diminuíram os níveis de incapacidade funcional em, pelo menos, 30%, na QBPDS-PT (Tabela 4). No final da intervenção, 59,6% (N=81) dos participantes diminuíram a intensidade da dor em, pelo menos, 50%, na END e 62,5% (N=85) diminuíram os níveis de incapacidade funcional em, pelo menos, 30%, na QBPDS-PT. No que diz respeito à percepção global de melhoria, a percentagem de participantes a obter uma melhoria de, pelo menos, 3 pontos na GBRs-PT foi de 75% (N=102). No *follow-up* de 3 meses, as percentagens em todos os *outcomes* foram ligeiramente inferiores relativamente ao final da intervenção (Tabela 4).

Variáveis / Momento de Avaliação		2 semanas		Final da Intervenção		Follow-up (3 meses após o início da intervenção)	
		N	%	N	%	N	%
Intensidade da Dor (\geq 30% END)	Sucesso	N=59	43,4%	-	-	-	-
	Insucesso	N=77	56,6%	-	-	-	-
Incapacidade Funcional (\geq 30% QBPDS-PT)	Sucesso	N=48	35,3%	N=85	62,5%	N=57	48,7%
	Insucesso	N=88	64,7%	N=51	37,5%	N=60	51,3%
Intensidade da Dor (\geq 50% END)	Sucesso	-	-	N=81	59,6%	N=53	45,3%
	Insucesso	-	-	N=55	40,4%	N=64	54,7%
Percepção Global de Melhoria (\geq 3 pontos GBRs-PT)	Sucesso	-	-	N=102	75%	N=78	66,7%
	Insucesso	-	-	N=34	25%	N=39	33,3%

Tabela 4. Frequências dos resultados de sucesso e insucesso após dicotomização das variáveis Intensidade da dor (END), Incapacidade Funcional (QBPDS-PT) e Percepção Global de Melhoria (GBRS-PT), às 2 semanas, final da intervenção e 3 meses após o início da intervenção.

3.2 Resposta precoce ao tratamento de Fisioterapia como fator preditor de resultados de sucesso em utentes com Lombalgia Crónica

As tabelas apresentadas seguidamente mostram os níveis de significância e os *Odds Ratios* (OR) obtidos da análise estatística realizada no que diz respeito ao fator de prognóstico em estudo - resposta de sucesso nas primeiras duas semanas de tratamento (redução de $\geq 30\%$ na END e redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT) - que aumenta ou não a probabilidade de obtenção de resultados de sucesso nos *outcomes* intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção global de melhoria, no final da intervenção e no *follow-up* de 3 meses.

Relativamente à intensidade da dor (Tabela 5 e 6), os participantes que atingiram uma redução de $\geq 30\%$ na END (critério de sucesso às 2 semanas) têm mais 4,95 vezes de probabilidade de atingir uma redução de $\geq 50\%$ na END no final da intervenção relativamente aos que não atingem o critério, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Quando ajustado aos outros fatores (anteriormente definidos), este valor não se altera de forma significativa – a redução de $\geq 30\%$ na END nas primeiras 2 semanas demonstrou uma associação estatisticamente significativa com o critério definido para a intensidade da dor no final da intervenção – redução de $\geq 50\%$ na END, para um nível de significância de $p < 0.05$. Assim, **os participantes que atingem o critério de sucesso definido às 2 semanas apresentam mais 4,77 vezes de probabilidade de atingir uma redução de $\geq 50\%$ na END no final da intervenção, relativamente aos que não alcançam este critério** (Tabela 5). Em relação ao critério estabelecido para a incapacidade funcional, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa ($p > 0.05$). No que diz respeito à perceção global de melhoria, os participantes que atingem o critério de sucesso às 2 semanas têm mais 2,79 vezes de probabilidade de atingir uma melhoria de ≥ 3 pontos da GBRS-PT, relativamente aos que não atingem o critério, sendo esta uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Quando realizado o ajuste aos outros fatores, este valor aumenta ligeiramente e mantém-se estatisticamente significativo ($p < 0.05$). **Os participantes que têm uma redução de $\geq 30\%$ na END nas primeiras 2 semanas têm uma probabilidade 3,27 superior de atingir o critério de sucesso definido para a perceção global de melhoria, no final da intervenção, relativamente aos que não alcançam este critério** (Tabela 5).

CRITÉRIOS DE SUCESSO NO FINAL DA INTERVENÇÃO						
Variáveis	Redução de ≥50% na END		Redução de ≥30% na QBPDS-PT		Pontuação ≥3 pontos na GBRs-PT	
	OR (IC 95%)	OR Ajustado	OR (IC 95%)	OR Ajustado	OR (IC 95%)	OR Ajustado
Redução de ≥30% na END (2ª Sem) (CR: Insucesso)	4,95* (2,33-10,52)	4,77* (2,14-10,6)	1,41 (0,71-2,81)	1,80 (0,83-3,91)	2,79* (1,23-6,30)	3,27* (1,36-7,89)
Idade	-	1,02 (0,98-1,06)	-	1,06* (1,02-1,10)	-	1,01 (0,97-1,05)
Duração Lombalgia Crônica (CR: >24 Meses)	-	1,17 (0,52-2,63)	-	1,05 (0,47-2,36)	-	0,93 (0,39-2,17)
Situação Profissional (CR: Não Ativo)	-	1,28 (0,42-3,8)	-	0,98 (0,34-2,81)	-	1,51 (0,51-4,47)
Dor irradiada (CR: Não)	-	0,99 (0,43-2,29)	-	0,96 (0,42-2,18)	-	0,78 (0,32-1,89)
Medicação (CR: Não)	-	0,47 (0,21-1,07)	-	0,68 (0,31-1,51)	-	0,76 (0,32-1,78)
Intensidade da dor - <i>baseline</i>	-	0,86 (0,66-1,12)	-	1,36* (1,04-1,75)	-	1,33* (1,00-1,76)
Incapacidade - <i>baseline</i>	-	0,99 (0,96-1,02)	-	0,97 (0,95-1,00)	-	0,97 (0,94-1,00)

Legenda | CR: Classe de Referência; *p<0,05

Tabela 5. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos *outcomes* intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria no final da intervenção.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o critério de sucesso definido às 2 semanas para a intensidade da dor e o critério definido para a intensidade da dor aos 3 meses – manutenção da redução de $\geq 50\%$ na END, para um nível de significância de $p < 0,05$. Os participantes que conseguem uma **redução de $\geq 30\%$ na END às 2 semanas** têm uma probabilidade 5,96 vezes superior de conseguir uma **manutenção da redução de $\geq 50\%$ na END no *follow-up***, relativamente aos que não atingem este critério. Aquando o ajuste aos outros fatores, **a probabilidade é 5,41 vezes superior para os participantes que atingem o critério de sucesso às 2 semanas vs. os participantes que não atingem** (Tabela 6). Relativamente ao critério definido para a incapacidade funcional aos 3 meses – manutenção da redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT, os participantes que atingiram o critério de sucesso às 2 semanas apresentam uma probabilidade 2,84 vezes superior de conseguir uma **manutenção da redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT no *follow-up***, relativamente aos participantes que não alcançam o critério, sendo esta uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Após o ajuste aos restantes fatores, **o valor da probabilidade é de 3,55 vezes superior para os participantes que atingem o critério de sucesso às 2 semanas vs. os participantes que não atingem**. Para o critério definido para a percepção global de melhoria apenas foi encontrada

uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) após o ajuste aos outros fatores. Desta forma, **os participantes que conseguem uma redução de $\geq 30\%$ na END às 2 semanas apresentam 3,12 vezes mais de probabilidade de conseguir uma manutenção da melhoria de ≥ 3 pontos na GBRs-PT**, relativamente aos participantes que não alcançam o sucesso às 2 semanas (Tabela 6).

CRITÉRIOS DE SUCESSO 3 MESES APÓS O INÍCIO DA INTERVENÇÃO						
Variáveis	Redução de $\geq 50\%$ na END		Redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT		Pontuação ≥ 3 pontos na GBRs-PT	
	OR (IC 95%)	OR Ajustado	OR (IC 95%)	OR Ajustado	OR (IC 95%)	OR Ajustado
Redução de $\geq 30\%$ na END (2ª Sem) (CR: Insucesso)	5,96* (2,66-13,34)	5,41* (2,25-12,98)	2,84* (1,33-6,07)	3,55* (1,45-8,67)	1,98 (0,88-4,46)	3,12* (1,23-7,90)
Idade	-	1,03 (0,99-1,08)	-	1,04* (1,00-1,09)	-	1,02 (0,98-1,07)
Duração Lombalgia Crónica (CR: >24 Meses)	-	0,95 (0,38-2,33)	-	1,69 (0,71-4,01)	-	0,78 (0,33-1,86)
Situação Profissional (CR: Não Ativo)	-	0,83 (0,23-2,94)	-	1,10 (0,31-3,91)	-	0,53 (0,15-1,90)
Dor irradiada (CR: Não)	-	1,21 (0,44-3,32)	-	1,13 (0,43-3,01)	-	1,54 (0,60-3,98)
Medicação (CR: Não)	-	0,41 (0,15-1,07)	-	0,51 (0,21-1,27)	-	2,07 (0,80-5,34)
Intensidade da dor - <i>baseline</i>	-	0,86 (0,64-1,15)	-	1,42* (1,06-1,92)	-	1,37* (1,03-1,82)
Incapacidade - <i>baseline</i>	-	0,99 (0,96-1,02)	-	0,96* (0,93-0,99)	-	0,98 (0,95-1,02)

Legenda | CR: Classe de Referência; * $p < 0,05$

Tabela 6. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos *outcomes* intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria 3 meses após o início da intervenção.

No que diz respeito à incapacidade funcional (Tabela 7 e 8), os participantes que atingiram uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT (critério de sucesso às 2 semanas) têm mais 13,92 vezes de probabilidade de conseguir uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT no final da intervenção, relativamente aos que não atingem o critério, sendo esta uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Quando ajustado aos restantes fatores, a associação mantém-se estatisticamente significativa ($p < 0.05$) e aumenta para 15,27. **Os participantes que têm uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT nas primeiras 2 semanas têm uma probabilidade 15,27 superior de atingir o critério de sucesso definido para a incapacidade funcional, no final da intervenção, relativamente aos que não alcançam este critério.** No que diz respeito à percepção global de melhoria, os participantes que atingem o critério de

sucesso às 2 semanas têm mais 4,98 vezes de probabilidade de atingir uma melhoria de ≥ 3 pontos da GBRs-PT no final da intervenção, relativamente aos que não atingem o critério, sendo esta uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Quando realizado o ajuste aos outros fatores, este valor aumenta ligeiramente e mantém-se estatisticamente significativo ($p < 0.05$). **Os participantes que têm uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT nas primeiras 2 semanas têm uma probabilidade 5,06 superior de atingir o critério de sucesso definido para a perceção global de melhoria, no final da intervenção, relativamente aos que não alcançam este critério (Tabela 7).**

CRITÉRIOS DE SUCESSO NO FINAL DA INTERVENÇÃO				
Variáveis	Redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT		Pontuação ≥ 3 pontos na GBRs-PT	
	OR (IC 95%)	OR Ajustado	OR (IC 95%)	OR Ajustado
Redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT (2ª Sem) (CR: Insucesso)	13,92* (4,63-41,86)	15,27* (4,74-49,24)	4,98* (1,80-13,77)	5,06* (1,78-14,4)
Idade	-	1,06* (1,01-1,11)	-	1,00 (0,96-1,04)
Duração Lombalgia Crónica (CR: >24 Meses)	-	0,89 (0,36-2,20)	-	0,81 (0,34-1,91)
Situação Profissional (CR: Não Ativo)	-	0,77 (0,23-2,53)	-	1,35 (0,45-4,05)
Dor irradiada (CR: Não)	-	0,88 (0,35-2,22)	-	0,76 (0,31-1,87)
Medicação (CR: Não)	-	0,45 (0,18-1,10)	-	0,55 (0,23-1,27)
Intensidade da dor - <i>baseline</i>	-	1,26 (0,94-1,68)	-	1,17 (0,89-1,54)
Incapacidade - <i>baseline</i>	-	0,98 (0,95-1,01)	-	0,98 (0,95-1,01)
Legenda CR: Classe de Referência; * $p < 0,05$				

Tabela 7. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos *outcomes* intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção global de melhoria no final da intervenção.

Os participantes que atingiram o critério de sucesso definido para a incapacidade funcional às 2 semanas apresentam uma probabilidade 4,22 vezes superior de conseguir uma **manutenção da redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT no *follow-up***, relativamente aos participantes que não alcançam o critério, sendo esta uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Após o ajuste aos restantes fatores, **o valor da probabilidade é de 4,42 vezes superior para os participantes que atingem o critério de sucesso às 2 semanas vs. os participantes que não atingem.** Para o critério definido para a perceção global de melhoria aos 3 meses, também se verificou uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) e não se verificaram diferenças significativas após o ajuste aos restantes fatores. **Os participantes**

que têm uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT nas primeiras 2 semanas têm uma probabilidade 2,64 superior de atingir o critério de sucesso definido para a percepção global de melhoria, 3 meses após o início da intervenção, relativamente aos que não alcançam este critério (Tabela 8).

CRITÉRIOS DE SUCESSO 3 MESES APÓS O INÍCIO DA INTERVENÇÃO				
Variáveis	Redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT		Pontuação ≥ 3 pontos na GBRs-PT	
	OR (IC 95%)	OR Ajustado	OR (IC 95%)	OR Ajustado
Redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT (2ª Sem) (CR: Insucesso)	4,22* (1,86-9,57)	4,42* (1,81-10,82)	2,78* (1,13-6,81)	2,64* (1,04-6,72)
Idade	-	1,02 (0,98-1,07)	-	1,01 (0,97-1,06)
Duração Lombalgia Crónica (CR: >24 Meses)	-	1,59 (0,65-3,84)	-	0,73 (0,31-1,73)
Situação Profissional (CR: Não Ativo)	-	1,11 (0,32-3,80)	-	0,52 (0,14-1,87)
Dor irradiada (CR: Não)	-	1,12 (0,42-2,96)	-	1,50 (0,58-3,84)
Medicação (CR: Não)	-	0,31* (0,12-0,77)	-	1,43 (0,59-3,46)
Intensidade da dor - <i>baseline</i>	-	1,29 (0,97-1,72)	-	1,25 (0,95-1,65)
Incapacidade - <i>baseline</i>	-	0,96* (0,93-0,99)	-	0,99 (0,96-1,02)
Legenda CR: Classe de Referência; *p<0,05				

Tabela 8. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos *outcomes* intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria 3 meses após o início da intervenção.

Em suma, considerando os resultados apresentados e após o ajuste aos restantes fatores da *baseline* (idade, duração da lombalgia crónica, situação profissional, irradiação para o MI, medicação e valores de intensidade da dor e incapacidade funcional na *baseline*), verifica-se que a probabilidade de obtenção de resultados de sucesso é maior entre o critério definido para a intensidade da dor às 2 semanas e o critério definido para a intensidade da dor no final da intervenção e 3 meses após o início da intervenção, bem como entre o critério definido para a incapacidade funcional às 2 semanas e o critério definido para a incapacidade funcional após o final da intervenção e para a percepção global de melhoria após o final da intervenção, ou seja, os participantes que conseguem uma redução de $\geq 30\%$ na END às 2 semanas têm maior probabilidade de alcançar uma redução de $\geq 50\%$ no final da intervenção e no *follow-up*, comparativamente aos participantes que não têm uma resposta de sucesso às 2 semanas. Os

participantes que atingem uma redução de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT às 2 semanas apresentam uma probabilidade superior de alcançar essa mesma redução após o final da intervenção e conseguir uma melhoria de ≥ 3 pontos da GBRs-PT após o final da intervenção, relativamente aos utentes que não conseguem obter uma resposta precoce de sucesso.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Realizou-se um estudo de coorte prospetivo que teve como objetivo verificar se a melhoria na intensidade da dor e na incapacidade funcional nas primeiras 2 semanas de tratamento é um fator de prognóstico para a obtenção de resultados de sucesso a curto e médio prazo, em indivíduos com lombalgia crónica de origem não específica em tratamento multimodal de Fisioterapia. A força de associação dependeu dos *outcomes* e critérios estabelecidos, mas, no global, os resultados deste estudo parecem confirmar a hipótese de que os resultados alcançados após 2 semanas de tratamento predizem os resultados obtidos a curto e médio prazo.

As características sociodemográficas dos participantes neste estudo são semelhantes às que são descritas noutros estudos realizados em Portugal e internacionalmente. Considerando a amostra do estudo na *baseline*, a média de idade dos participantes foi de 47,8 (\pm 10,6) anos, sendo que as idades estão compreendidas entre os 22 e 65 anos e a maioria é do género feminino (80,9%; n=110). No estudo EpiReumaPt são reportados resultados semelhantes, onde verificamos que a lombalgia foi significativamente mais frequente nas mulheres do que nos homens (29,6% vs 22,8%; p=0.04) e que a sua prevalência foi superior na faixa etária de 46 a 55 anos (27,7%; IC 95%: 23,1% a 32,4%) (Branco et al., 2016). Também no estudo realizado por Costa et al. (2014), sobre fatores de prognóstico para os resultados de insucesso com a intervenção multimodal em Fisioterapia em utentes lombalgia crónica, os participantes tinham uma média de idade de 51 (\pm 8,24) anos e 65,3% pertencia ao género feminino. No estudo de Verkerk et al. (2013), 74,3% dos participantes também pertenciam ao género feminino, no entanto, a média de idades dos participantes deste estudo é ligeiramente inferior – 40,1 (\pm 10,6) anos. Segundo o estudo de Gouveia et al. (2016), o género feminino e a idade são dois dos fatores que estão significativamente associados à presença de lombalgia crónica ativa. Uma revisão sistemática concluiu que a incidência da lombalgia é mais alta na terceira década de vida e que a prevalência geral aumenta com a idade até aos 60-65 anos, sendo que a partir daí, diminuiu gradualmente (Hoy et al., 2010).

Analisando as habilitações literárias da amostra, conclui-se que 57,3% (n=78) dos participantes têm o ensino secundário ou superior e que 42,7% (n=58) têm o ensino básico ou primário. Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Costa et al. (2014), onde 53,7% dos participantes tem o ensino secundário ou superior e 46,3% tem o ensino básico ou primário. No estudo de Verkerk et al. (2013) 40,7% dos participantes apresentavam um baixo nível educacional e no estudo de Costa et al. (2009), que contou com 406 utentes, 59% dos

participantes tinha um nível educacional inferior ao ensino secundário. Estudos apontam para a existência de maior incidência da lombalgia em utentes com baixas habilitações literárias e que esses apresentam pior prognóstico no que diz respeito à duração da dor (Balagué et al., 2012).

Relativamente à situação profissional, 82,4% (n=112) dos participantes encontra-se a trabalhar. No estudo de Costa et al. (2014), 67,4% dos participantes está a trabalhar a tempo inteiro ou a tempo parcial. No estudo de Verkerk et al. (2013), 22,2% encontra-se a trabalhar a 100% e 60,2% tem uma participação no trabalho até 99%.

Considerando os dados apresentados anteriormente, podemos concluir que, de uma forma geral, as características sociodemográficas dos participantes são semelhantes com as de outros estudos realizados no mesmo âmbito. Assim, podemos afirmar que a amostra do estudo é comparável, no que diz respeito às características sociodemográficas, com outros estudos acerca do prognóstico na lombalgia crónica, para os resultados da Fisioterapia.

Quanto às características clínicas da amostra, a maioria dos participantes tem dor há mais de 24 meses (66,2%; n=90) e apresenta sintomas de irradiação para o membro inferior (71,1%; n=96). Observando novamente os resultados do estudo de Costa et al. (2014), também a maioria dos sujeitos tem dor há mais de 24 meses (75,8%, n=72) e tem sintomas de irradiação para o membro inferior (58,9%; n=56). Em relação à duração da dor, os resultados deste estudo são comparáveis com os resultados apresentados em outros estudos de prognóstico (Verkerk et al., 2013) e estudos epidemiológicos internacionais (Macedo et al., 2014). Relativamente à irradiação, existem dados díspares noutros estudos. Por exemplo, enquanto no estudo de Harms, Peers & Chase (2010) também a maioria (59,3%) dos participantes apresentam sintomas de irradiação acima ou abaixo do joelho, no estudo de Heymans et al. (2010) apenas 33,8% dos participantes tem sintomas de irradiação para um ou ambos os membros inferiores.

No que diz respeito à medicação, 53,7% (n=73) refere não tomar medicação para a sua condição clínica. Comparando com o estudo de Costa et al. (2014), este apresenta uma percentagem superior de utentes que não recorrem à toma de analgésicos (73,7%; n=70). Também aqui a literatura apresenta resultados contraditórios, com estudos que referem percentagens elevadas 64% e 71% de utentes a tomarem analgésicos (Macedo et al., 2014).

Apesar de existirem dados díspares no que diz respeito à irradiação e à medicação, podemos afirmar que a maioria das características clínicas da amostra do presente estudo está de acordo com outros estudos apresentados, o que nos permite concluir que os participantes são comparáveis a outros estudos de prognóstico para os resultados da Fisioterapia, quanto às características clínicas.

Os valores médios de intensidade da dor e de incapacidade funcional, na *baseline*, foram, respetivamente, 5,75 ($\pm 1,8$) e 36,13 (± 18). Estes valores são indicativos de níveis moderados de dor e incapacidade funcional. No estudo de Costa et al. (2014) os valores reportados são ligeiramente inferiores – 45,55 ($\pm 21,045$) pontos na EVA (0-100mm) para a intensidade da dor e 32,04 ($\pm 15,549$) na QBPDS-PT, para a incapacidade funcional. No entanto, relativamente a estudos internacionais realizados com utentes com lombalgia crónica em tratamento de Fisioterapia, os valores aproximam-se no que diz respeito à intensidade da dor mas são superiores relativamente à incapacidade funcional. O estudo de Verkerk et al. (2015) reportou um valor médio de 55,5 (± 23) na EVA, na *baseline*, em relação à intensidade da dor e Verkerk et al. (2013) um valor médio de 51,7 ($\pm 15,6$) na QBPDS, no que toca à incapacidade funcional. Tendo em conta os dados apresentados, pode-se afirmar que a maioria das variáveis da *baseline* estão em conformidade com a literatura apresentada em utentes com lombalgia crónica. Assim sendo, o presente relatório de investigação apresenta uma amostra comparável com outros estudos acerca do prognóstico para os resultados da Fisioterapia.

No curso clínico dos *outcomes* em estudo, a média da intensidade da dor e da incapacidade funcional evoluíram favoravelmente ao longo dos diferentes momentos de avaliação. A maior diferença verificou-se entre a *baseline* (5,88 $\pm 1,9$ na END e 36,06 $\pm 17,6$ na QBPDS-PT) e o final da intervenção (3,06 $\pm 2,3$ na END e 21,12 $\pm 16,4$ na QBPDS-PT). Entre o final da intervenção e o *follow-up* (3,67 $\pm 2,6$ na END e 24,97 $\pm 18,1$ na QBPDS-PT) os valores médios voltaram a aumentar, no entanto, o aumento continuou inferior relativamente aos valores reportados à data da avaliação inicial. No estudo de Verkerk et al. (2015) e Verkerk et al. (2013) verificou-se um padrão semelhante – existiu uma diminuição ao nível da intensidade da dor, avaliada pela EVA (0-100mm), de 55,5 ± 23 para 37 $\pm 23,8$ após 2 meses de terapia multidisciplinar e uma diminuição de 51,7 $\pm 15,6$ para 31,7 $\pm 15,2$ ao nível da incapacidade funcional, avaliada pela QBPDS. Após 5 meses o decréscimo nos dois *outcomes* não foi tão expressivo – 35,3 $\pm 26,1$ na EVA e 31,1 $\pm 18,2$ na QBPDS (Verkerk et al., 2015; Verkerk et al., 2013). Também na meta-análise desenvolvida por Menezes Costa et al. (2012) verificou-se que os valores médios da dor (0-100) diminuíram de 51 (95% IC 44-59) na *baseline* para 33 após 6 semanas (95% IC 29-38). Verifica-se, então, que o maior declínio ao nível da intensidade da dor e incapacidade ocorrem, principalmente, nas primeiras 6-8 semanas. Nos *follow-ups* (3 e 5 meses) as melhorias tendem a diminuir em relação ao final da intervenção, no entanto, os resultados mantêm-se favoráveis face ao momento da avaliação inicial.

Em relação às percentagens de sucesso alcançadas tendo em conta os diferentes critérios definidos e os diferentes momentos de avaliação, no presente estudo, após 2 semanas, 43,4% (n=59) obtiveram sucesso no *outcome* intensidade da dor e 35,3% (n=48) no *outcome* incapacidade funcional. Comparando com os resultados obtidos no estudo de Ribeiro et al. (2016), que teve como objetivo descrever o curso clínico da resposta ao tratamento multimodal de Fisioterapia na intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria em indivíduos com lombalgia crónica de origem não específica, a percentagem de participantes a atingir o evento de sucesso é ligeiramente superior, uma vez que após 3 semanas 50% dos participantes já tinham alcançado o evento. Uma vez que os critérios definidos são idênticos, a diferença observada poderá ter como razão o facto dos *outcomes* serem avaliados em momentos ligeiramente diferentes. Após o final da intervenção, no presente estudo, 59,6% dos participantes atingiu o critério de sucesso para a intensidade da dor e 62,5% para a incapacidade funcional. No *follow-up*, 3 meses após o início da intervenção, estas percentagens são, respetivamente, 45,3% e 48,7%. Numa primeira análise, podemos afirmar que os resultados obtidos vão ao encontro de outros estudos realizados em Portugal e internacionalmente, onde se verificam percentagens elevadas de utentes com lombalgia crónica que não respondem de forma favorável à intervenção (Cecchi et al., 2014; Verkerk et al., 2013; Moniz et al., 2012; Costa et al., 2009). Observando novamente o estudo de Ribeiro et al. (2016), para o mesmo momento de avaliação (alta/ final da intervenção/8 semanas), a percentagem ao nível da intensidade da dor é superior (68,9%). Importa referir que o critério estabelecido é diferente em ambos os estudos, uma vez que no presente estudo é considerada uma melhoria $\geq 50\%$ na END e no estudo de Ribeiro et al. (2016) foi considerada uma melhoria $\geq 30\%$ na END, o que poderá explicar a diferença nos resultados obtidos. Relativamente ao *outcome* incapacidade funcional, verificam-se percentagens obtidas semelhantes (58,5%). Para este indicador o critério definido foi idêntico em ambos os estudos. No estudo de Verkerk et al. (2013), relativamente à incapacidade funcional, os resultados obtidos após 2 meses de intervenção são muito semelhantes (62,6%) aos obtidos no presente estudo. Já no *follow-up*, a percentagem no estudo de Verkerk et al. (2013) é superior para a incapacidade funcional (61,3%), no entanto, o primeiro momento de *follow-up* foi após 5 meses e não após 3 meses, como é no caso do presente estudo. Estes dados poderão ser indicativos de que o prognóstico da lombalgia crónica a longo-prazo, ao nível da incapacidade funcional, tende a ser mais favorável – no mesmo estudo (Verkerk et al., 2013), após 12 meses, a percentagem a atingir o evento de sucesso é de 63,4%, ou seja, ligeiramente superior à alcançada após 2 e 5 meses.

Quanto à percepção global de melhoria, após o final da intervenção, 75% dos participantes atingiu o critério de sucesso e no *follow-up* esta percentagem foi de 66,7%. No estudo de Ribeiro et al. (2016) estas percentagens são superiores – 80,7% após o final da intervenção e 82,2% no *follow-up* de 3 meses. No estudo de Verkerk et al. (2015), após 2 meses, 89,2% dos sujeitos referiram melhorias (ligeiramente melhor ou muito melhor); no *follow-up* de 5 meses esta percentagem foi de 85,1%. Um aspeto que importa destacar destes resultados é que, em relação a este *outcome*, existem percentagens substancialmente mais elevadas do que ao nível da intensidade da dor e/ou da incapacidade funcional. Estes resultados sugerem, então, que deverão existir outros fatores, para além da melhoria na dor e na função, que os utentes valorizam quando classificam a evolução da sua condição clínica. Na literatura é referido que, para além de uma melhoria na dor e na função, os utentes com lombalgia crónica identificam um terceiro domínio como importante para a sua percepção de melhoria – qualidade de vida aceitável (Hush et al., 2009). Dentro deste domínio, para além da saúde física, os utentes referiram temas como fatores sociais, o sono e a saúde mental (Hush et al., 2009).

No que toca à resposta precoce ao tratamento de Fisioterapia como fator preditor de resultados de sucesso em utentes com lombalgia crónica, pelos resultados obtidos no presente estudo, podemos afirmar que a resposta precoce à intervenção é um fator importante e a ter em conta quando se pretende considerar o prognóstico da condição. Na globalidade, os resultados deste estudo mostram-nos que os utentes que conseguem obter uma resposta de sucesso às 2 semanas apresentam maior probabilidade de melhoria no momento de alta/ 8 semanas e 3 meses após o início da intervenção, comparativamente aos utentes que não conseguem obter uma resposta (de sucesso) precoce ao tratamento. Mais concretamente, verificou-se que os utentes que conseguem uma diminuição de $\geq 30\%$ na intensidade da dor (END) às 2 semanas têm maior probabilidade de obter uma diminuição de $\geq 50\%$ na intensidade da dor (END) no momento de alta/ 8 semanas e no *follow-up* de 3 meses; e que os utentes que conseguem uma diminuição de $\geq 30\%$ na incapacidade funcional (QBPDS-PT) às 2 semanas têm maior probabilidade de obter uma diminuição de $\geq 30\%$ na incapacidade funcional (QBPDS-PT) no momento de alta/ 8 semanas e maior probabilidade de obter uma melhoria na percepção global de melhoria (≥ 3 pontos na GBRS-PT). Estes dados indicam-nos, por um lado, e de uma forma geral, que o nível de associação tende a ser maior quando o *outcome* às 2 semanas e no final da intervenção ou aos 3 meses é o mesmo – ou seja, melhorias precoces na dor predizem melhorias a curto e médio prazo na dor e melhorias precoces na incapacidade funcional predizem melhorias a curto prazo na incapacidade funcional. Por outro lado, estes dados

também nos sugerem que uma melhoria precoce na incapacidade funcional é mais importante do que uma melhoria precoce na intensidade da dor para um aumento na percepção global de melhoria dos participantes, no final da intervenção.

No estudo de Cook et al. (2017), os participantes que conseguiram uma redução de $\geq 33\%$ na intensidade da dor (END) tiveram 6,98 (95% IC 1,29-37,53) vezes mais de probabilidade de alcançar uma melhoria de 50% ao nível da percepção de melhoria (GRoC) aos 6 meses e 4,74 (95% IC 1,31-17,17) vezes mais de probabilidade de alcançar uma melhoria na incapacidade funcional (ODI) aos 6 meses. Os resultados do presente estudo são inferiores, uma vez que uma redução de 30% na END às 2 semanas aumenta apenas 3,27 vezes (95% IC 1,36-7,89) a probabilidade de obter uma melhoria na percepção de melhoria (≥ 3 pontos da GBRS-PT) no momento de alta/ 8 semanas e 3,12 (95% IC 1,23-7,90) no *follow-up* de 3 meses. Já em relação à incapacidade funcional (melhoria de $\geq 30\%$ na QBPDS-PT), o valor da probabilidade neste estudo é de 3,55 (95% IC 1,45-8,67) vezes superior, 3 meses após o início da intervenção, para os participantes que alcançam uma melhoria de $\geq 30\%$ na END às 2 semanas, relativamente aos que não atingem essa melhoria. As diferenças nos valores obtidos podem ser justificadas, por um lado, por os momentos em que se avaliam os dois *outcomes* serem distintos – no presente estudo às 8 semanas (ou à data de alta, se for anterior a esse período) e 3 meses após o início da intervenção e no estudo de Cook et al. (2017) aos 6 meses. Estes dados também nos podem sugerir que o nível de associação do fator ‘resposta precoce na intensidade da dor’ com os resultados de sucesso na incapacidade funcional e percepção de melhoria pode ser superior a longo-prazo (6 meses). Por outro lado, os instrumentos utilizados para medir os dois *outcomes* foram diferentes em ambos os estudos, o que também pode influenciar os resultados, na medida em que as suas propriedades psicométricas são diferentes e, como tal, a comparação dos resultados fica limitada. Importa ainda referir que os participantes do estudo de Cook et al. (2017) foram submetidos a uma única intervenção (terapia manual) e os participantes do presente estudo a fisioterapia multimodal, o que também pode influenciar os resultados obtidos – no primeiro estudo referido não podemos concluir que os resultados são independentes do tipo de intervenção realizada.

O estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas aquando a interpretação dos resultados. A representatividade da amostra em estudo – apesar das características serem semelhantes às descritas noutros estudos para a população com lombalgia crónica em Portugal, poderá ter ocorrido um viés de seleção, uma vez que a amostra foi selecionada por conveniência, num contexto específico – utentes a iniciar tratamento de

Fisioterapia. Assim, não pode ser considerada representativa da população com lombalgia crónica em Portugal.

A maioria dos participantes do estudo apresentam lombalgia crónica há mais 24 meses. Uma duração mais prolongada dos sintomas é um indicador de mau prognóstico, uma vez que uma melhoria modesta nos sintomas poderá ser significativa para os utentes (Kemper et al., 2014). Idealmente este tipo de estudos deverá ser realizado com *coortes* de início, ou seja, com utentes que se encontram na transição da fase aguda para a fase crónica e, desta forma, diminuir a inclusão de utentes que apresentam uma grande heterogeneidade no que respeita não só à duração da lombalgia crónica, como também a outros fatores.

Outra possível limitação do estudo ocorreu na medição dos resultados, uma vez que os dados foram obtidos através de instrumentos de autopreenchimento. Esta situação poderá levar à ocorrência do viés de resposta. Neste sentido, as respostas podem ser dadas com base em pressupostos desejáveis socialmente (viés da desejabilidade social) e/ou podem ser modificadas, por influência do contexto, para atingir uma determinada direção como a manutenção/melhoria da condição (viés do estilo de resposta) (Paulhus, 1991). O efeito de *Hawthorne*, que consiste no facto dos participantes registarem melhorias por saberem que estão inseridos num estudo, também poderá contribuir para a ocorrência de viés (Artus et al., 2014). No entanto, na tentativa de minimizar estes aspetos, foi solicitado aos participantes que respondessem com sinceridade e foi assegurado que as suas respostas eram confidenciais.

Tendo em conta o carácter recorrente e persistente da condição, teria sido importante a existência de mais *follow-ups* (por exemplo, aos 6 e 12 meses), de forma a perceber qual a influência da resposta precoce ao tratamento a longo-prazo.

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo parecem confirmar, por um lado, a heterogeneidade da lombalgia crónica e, por outro lado, a existência de fatores de prognóstico externos ao indivíduo, como fatores preditores para a obtenção de uma resposta de sucesso ao tratamento multimodal da Fisioterapia. Concretamente, parece existir uma relação de associação entre a resposta precoce ao tratamento (primeiras 2 semanas) e a probabilidade de obtenção de melhoria clínica a curto (até 8 semanas) e médio prazo (3 meses). Por outro lado, estes resultados também sugerem a existência de diferentes subgrupos de utentes, com diferentes respostas ao tratamento, o que nos pode indicar que existem utentes que beneficiam do tratamento e outros que não obtêm uma melhoria significativa. Este é um aspeto importante e a ter em conta na realização de estudos futuros.

Em relação aos resultados relativos ao curso clínico, estes apontam para uma evolução favorável dos *outcomes* nas primeiras semanas – principalmente até às 8 semanas. No entanto, continua a verificar-se uma percentagem insuficiente de utentes a atingir o sucesso após o final da intervenção, na intensidade da dor e incapacidade funcional (cerca de 60% em ambos os *outcomes*), à semelhança do que se encontra em outros estudos (Cecchi et al., 2014; Costa et al., 2009). Outro aspeto importante está relacionado com a perceção dos utentes da sua melhoria clínica. Os resultados sugerem que existem outros fatores, para além da diminuição da dor e diminuição da incapacidade funcional, que contribuem para a sua noção de melhoria.

Os resultados do presente estudo vêm reforçar a ideia de que, quando falamos no prognóstico da resposta ao tratamento na lombalgia crónica, devem ser considerados não apenas características do próprio indivíduo, como também fatores externos ao indivíduo, como por exemplo a resposta precoce ao tratamento. Para além disso, e como nem todos os utentes respondem de forma positiva ao tratamento, o que nos sugere que o curso clínico médio não reflete a maioria das trajetórias individuais dos utentes, poderá ser relevante, em estudos futuros, perceber de que forma a resposta ao tratamento influencia o prognóstico da condição, nos diferentes subgrupos de utentes com lombalgia crónica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artus, M., van der Windt, D., Jordan, K. P., & Croft, P. R. (2014). The clinical course of low back pain: a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials (RCTs) and observational studies. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 68. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-68>

Axén, I., Bodin, L., Bergström, G., Halasz, L., Lange, F., Lövgren, P. W., ... Jensen, I. (2011). Clustering patients on the basis of their individual course of low back pain over a six month period. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-99>

Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 379(9814), 482–491. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60610-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60610-7)

Beattie, P. F., & Nelson, R. M. (2007). Evaluating research studies that address prognosis for patients receiving physical therapy care: a clinical update. *Physical Therapy*, 87(11), 1527–35. doi:10.2522/ptj.20060284

Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., ... Canhão, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>

Buchbinder, R., & Underwood, M. (2012). Prognosis in people with back pain. *Cmaj*, 184(11), 1229–1230. <https://doi.org/10.1503/cmaj.120627>

Caeiro, C. et al., 2015. Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica.

Campos, L. (2014). Predição da Resposta de Sucesso a um Programa de Exercício em Meio Aquático para Utentes com Dor Lombar Crónica.

Cecchi, F., Pasquini, G., Paperini, a, Boni, R., Castagnoli, C., Pistritto, S., ... Rmdq, A. (2014). Predictors of response to exercise therapy for chronic low back pain: result of a prospective study

with one year follow-up. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50(2), 143–151.

Casserley-Feeney, S. N., Bury, G., Daly, L., & Hurley, D. A. (2008). Physiotherapy for low back pain: Differences between public and private healthcare sectors in Ireland-A retrospective survey. *Manual Therapy*, 13(5), 441–449. <https://doi.org/10.1016/j.math.2007.05.017>

Cook, C. et al. (2017). Does early change predict long-term (6 months) improvements in subjects who receive manual therapy for low back pain?. *Physiotherapy Theory and Practice*.

Costa, L. d. C. M., Maher, C. G., McAuley, J. H., Hancock, M. J., Herbert, R. D., Refshauge, K. M., & Henschke, N. (2009). Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *Bmj*, 339(oct06 2), b3829–b3829. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3829>

Costa, L. da C. M., Henschke, N., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Herbert, R. D., McAuley, J. H., ... Costa, L. O. (2007). Prognosis of chronic low back pain: design of an inception cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-8-11>

Costa, D., Cruz, E. & Caeiro, C., 2014. Factores de Prognóstico para os Resultados de Insucesso da Intervenção Multimodal em Fisioterapia, em Utentes com Dor Lombar Crónica. Instituto Politécnico de Setúbal.

Cruz, E. B., Fernandes, R., Carnide, F., Vieira, A., Moniz, S., & Nunes, F. (2013). Cross-cultural Adaptation and Validation of the Quebec Back Pain Disability Scale to European Portuguese Language. *Spine*, 38(23), E1491–E1497. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3182a439cc>

Demoulin, C., Ostelo, R., Knottnerus, J. A., & Smeets, R. J. E. M. (2010). Quebec back pain disability scale was responsive and showed reasonable interpretability after a multidisciplinary treatment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1249–1255. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.029>

Deyo, R. A., Dworkin, S. F., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein, D., Carragee, E., ... Weiner, D. K. (2015). Report of the NIH task force on research standards for chronic low back pain. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork: Research, Education, and*

Practice, 8(3), 16–33. <https://doi.org/10.3822/ijtmb.v8i3.295>

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>

Fersum, K. V., Dankaerts, W., O'Sullivan, P. B., Maes, J., Skouen, J. S., Bjordal, J. M., & Kvåle, A. (2010). Integration of subclassification strategies in randomised controlled clinical trials evaluating manual therapy treatment and exercise therapy for nonspecific chronic low back pain: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 44(14), 1054–1062. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2009.063289>

Freitas, P., & Cruz, E. B. (2017). Avaliação da Relevância Clínica das Mudanças na Pontuação da Global Back Recovery Scale.

Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 29(2), 100–107. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70013-X](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70013-X)

Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhã, H., & Branco, J. C. (2016). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology International*, 36(2), 183–197. <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3398-7>

Hancock, M., Herbert, R. D., & Maher, C. G. (2009). A guide to interpretation of studies investigating subgroups of responders to physical therapy interventions. *Physical Therapy*, 89(7), 698–704. <https://doi.org/10.2522/ptj.20080351>

Harms, M. C., Peers, C. E., & Chase, D. (2010). Low back pain: what determines functional outcome at six months? An observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(1), 236. [doi:10.1186/1471-2474-11-236](https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-236)

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., ... Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 6736(18). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 240–252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>

Hemingway, H., Croft, P., Perel, P., Hayden, J. A., Abrams, K., Timmis, A., ... Van Der Windt, D. (2013). Prognosis research strategy (PROGRESS) 1: A framework for researching clinical outcomes. *BMJ (Online)*, 346(2). <https://doi.org/10.1136/bmj.e5595>

Heymans, M. W., Van Buuren, S., Knol, D. L., Anema, J. R., Van Mechelen, W., & De Vet, H. C. W. (2010). The prognosis of chronic low back pain is determined by changes in pain and disability in the initial period. *Spine Journal*, 10(10), 847–856. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2010.06.005>

Helmhout, P. H., Staal, J. B., Heymans, M. W., Harts, C. C., Hendriks, E. J. M., & De Bie, R. A. (2010). Prognostic factors for perceived recovery or functional improvement in non-specific low back pain: Secondary analyses of three randomized clinical trials. *European Spine Journal*, 19(4), 650–659. <https://doi.org/10.1007/s00586-009-1254-8>

Henschke, N., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Herbert, R. D., Cumming, R. G., Bleasel, J., ... McAuley, J. H. (2008). Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *Bmj*, 337(jul07 1), a171–a171. <https://doi.org/10.1136/bmj.a171>

Hush, J. M., Kamper, S. J., Stanton, T. R., Ostelo, R., & Refshauge, K. M. (2012). Standardized measurement of recovery from nonspecific back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), 849–855. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.11.035>

Hush, J. M., Refshauge, K., Sullivan, G., De Souza, L., Maher, C. G., & McAuley, J. H. (2009). Recovery: What does this mean to patients with low back pain? *Arthritis Care and Research*, 61(1), 124–131. <https://doi.org/10.1002/art.24162>

Jones, L. D., Pandit, H., & Lavy, C. (2014). Back pain in the elderly: A review. *Maturitas*, 78(4), 258–262. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.004>

Kamper, S. (2009). Global Rating of Change scales. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(4), 289. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(09\)70015-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(09)70015-7)

Kamper, S.J. et al., 2014. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain.

Hoy, D. et al., 2010. The Epidemiology of low back pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(6), p.769–781.

Kent, P., Keating, J. L., & Leboeuf-Yde, C. (2010). Research methods for subgrouping low back pain. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 62. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-62>

Kongsted, A., Kent, P., Hestbaek, L., & Vach, W. (2015). Patients with low back pain had distinct clinical course patterns that were typically neither complete recovery nor constant pain. A latent class analysis of longitudinal data. *The Spine Journal*, 15(5), 885–894. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.02.012>

Krismer, M., & van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 21(1), 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004>

Macedo, L. G., Maher, C. G., Latimer, J., McAuley, J. H., Hodges, P. W., & Rogers, W. T. (2014). Nature and Determinants of the Course of Chronic Low Back Pain Over a 12-Month Period: A Cluster Analysis. *Physical Therapy*, 94(2), 210–221. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120416>

Meucci, R. D., Fassa, A. G., & Xavier Faria, N. M. (2015). Prevalence of chronic low back pain: Systematic review. *Revista de Saude Publica*, 49, 1–10. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874>

Michaelson, P., Sjölander, P., & Johansson, H. (2004). Factors predicting pain reduction in chronic back and neck pain after multimodal treatment. *Clinical Journal of Pain*, 20(6), 447–454. <https://doi.org/10.1097/00002508-200411000-00010>

Moniz, S., Cruz, E., & Fernandes, R. (2012). Caracterização da intervenção da Fisioterapia em

indivíduos com dor crónica lombar, e seus resultados a nível da dor e capacidade funcional. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

Moons, K. G., Royston, P., Vergouwe, Y., Grobbee, D. E. & Altman, D. G. (2009). Prognosis and prognostic research: what, why, and how? *British Medical Journal*, 338, 1317-1328.

O'Brien, E. M., Staud, R. M., Hassinger, A. D., Mcculloch, R. C., Craggs, J. G., Atchison, J. W., ... Robinson, M. E. (2010). Patient-Centered Perspective on Treatment Outcomes in Chronic Pain, 30(April), 6–15. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00685.x>

Ostelo, R. W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., ... de Vet, H. C. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90–94. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31815e3a10>

Paulhus, D. L. (1991). Measurement and Control of Response Bias. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes (Third Revi)*. Academic Press, Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50006-X>

Ribeiro, A. M. (2016). Curso Clínico da resposta ao tratamento em utentes com Dor Lombar Crónica – Estudo de Coorte Prospetivo.

Sabino, J., & Grauer, J. N. (2008). Pregnancy and low back pain. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 1(2), 137–141. <https://doi.org/10.1007/s12178-008-9021-8>

Saragiotto, B., Maher, C., Yamato, T., Costa, L., Menezes Costa, L., Ostelo, R., & Macedo, L. (2016). Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD012004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012004>. www.cochranelibrary.com

Smeets, R. J. E. M., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Kester, A. D. M., van der Heijden, G. J. M. G., & Knottnerus, J. A. (2008). Chronic low back pain: Physical training, graded activity with problem solving training, or both? The one-year post-treatment results of a randomized controlled trial. *Pain*, 134(3), 263–276. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.04.021>

Steenstra, I. A., Munhall, C., Irvin, E., Oranye, N., Passmore, S., van Eerd, D., ... Hogg-Johnson, S. (2016). Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9666-x>

Tong, H. C., Geisser, M. E., & Ignaczak, A. P. (2006). Ability of early response to predict discharge outcomes with physical therapy for chronic low back pain. *Pain Practice*, 6(3), 166–170. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2006.00081.x>

Van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., Del Real, M. T. G., Hutchinson, A., ... Malmivaara, A. (2006). Chapter 3: European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15(SUPPL. 2), 169–191. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1071-2>

Verkerk, K., Luijsterburg, P. A. J., Heymans, M. W., Ronchetti, I., Miedema, H. S., Koes, B. W., & Pool-Goudzwaard, A. (2015). Prognostic factors and course for successful clinical outcome quality of life and patients' perceived effect after a cognitive behavior therapy for chronic non-specific low back pain: A 12-months prospective study. *Manual Therapy*, 20(1), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.07.003>

Verkerk, K., Luijsterburg, P. A. J., Heymans, M. W., Ronchetti, I., Pool-Goudzwaard, A. L., Miedema, H. S., & Koes, B. W. (2013). Prognosis and Course of Disability in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A 5- and 12-Month Follow-up Cohort Study. *Physical Therapy*, 93(12), 1603–1614. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130076>

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Brown, A., Carter, A., ... Zuhlke, L. J. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)

Vieira, A. C. (2012). Contributo para a validação da versão portuguesa da Quebec Back Pain Disability Scale, 1–128. <https://doi.org/10.1016/j.aquaculture.2010.10.037>

7. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma relativo à amostra do estudo.....	17
--	----

8. ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	18
Tabela 2. Caracterização Clínica da Amostra.....	19
Tabela 3. Estatística Descritiva dos <i>outcomes</i> em estudo na <i>baseline</i> , 2 semanas após o início da intervenção, final da intervenção e no <i>follow-up</i> , 3 meses após o início da intervenção.....	20
Tabela 4. Frequências dos resultados de sucesso e insucesso após dicotomização das variáveis intensidade da dor (END), incapacidade funcional (QBPDS-PT) e percepção global de melhoria (GBRS-PT), às 2 semanas, final da intervenção e 3 meses após o início da intervenção.....	20
Tabela 5. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos <i>outcomes</i> intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria no final da intervenção.....	22
Tabela 6. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos <i>outcomes</i> intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria 3 meses após o início da intervenção.....	23
Tabela 7. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos <i>outcomes</i> intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria no final da intervenção.....	24
Tabela 8. Probabilidades de obtenção de resultados de sucesso nos <i>outcomes</i> intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria 3 meses após o início da intervenção.....	25

9. APÊNDICES

Apêndice 1. Ficha Informativa para Participantes

Apêndice 2. Consentimento Informado para Participantes

Apêndice 3. Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra

Apêndice 4. Caderno de Instrumentos

Apêndice 5. Folha de Registo dos Procedimentos/Modalidades Terapêuticas

Apêndice 6. *Output* do SPSS relativo à Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Apêndice 7. *Output* do SPSS relativo ao Curso Clínico

Apêndice 8. *Output* do SPSS relativo às associações entre o fator de prognóstico em estudo e as variáveis dependentes

Apêndice 1. Ficha Informativa para Participantes

Ficha Informativa para Participantes

Curso Clínico da Dor Lombar Crónica em Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia

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

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

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

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

Qual é a finalidade deste estudo?

A finalidade deste estudo é descrever o curso clínico da Dor Lombar Crónica (DLC), ou seja, a resposta dos utentes ao tratamento realizado. Por um lado, pretende-se saber se a resposta ao tratamento é diferente considerando o tipo de dor predominante nos utentes (neuropática ou nociceptiva) e, por outro, perceber se uma melhoria clinicamente importante nas primeiras duas semanas de tratamento aumenta a probabilidade de obtenção de um resultado de sucesso a curto e médio-prazo.

Por que fui convidado(a)?

Foi convidada(o) para participar neste estudo por ter diagnóstico de DLC. Nesta condição podem estar presentes diferentes componentes da dor; para além disso, a resposta ao tratamento da Fisioterapia (melhoria/ não melhoria) por parte dos indivíduos com DLC parece ser muito variada. A sua participação irá ajudar-nos a contribuir para um maior conhecimento ao nível das características da DLC e dos resultados deste tratamento, especificamente, no que diz respeito à probabilidade de obtenção de uma resposta de sucesso.

Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que dar justificação. A sua decisão não afetará o seu futuro tratamento ou os seus direitos de saúde e legais.

O que acontece, se aceitar participar?

Se decidir participar, em primeiro lugar, tem de assinar a declaração de consentimento informado.

O que terei que fazer?

Após a assinatura da declaração de consentimento informado, ser-lhe-á pedido para responder a um conjunto de questionários de autopreenchimento. No início da primeira sessão, preencherá 3 questionários, sendo eles: 1) Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica - onde está inserida a Escala Numérica da Dor (END); 2) a versão portuguesa do Questionário *Pain Detect*; 3) a versão portuguesa do Questionário *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS-PT). A partir da segunda semana de tratamento, semanalmente, até à oitava semana ou até ao momento da sua alta, preencherá a END, a QBPDS-PT e a versão portuguesa da escala *Global Back Recovery Scale* (GBRS-PT); na 8ª semana voltará também a preencher a *Pain Detect*. 3 meses após o início da Fisioterapia será contactado via telefónica para o preenchimento destes mesmos instrumentos, à exceção da *Pain Detect* (END; QBPDS-PT e GBRS-PT). Para tal, pedimos que nos permita o acesso ao seu número de telefone.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. Contudo, a informação retirada do estudo irá permitir-nos conhecer e compreender melhor o curso clínico da condição, as suas características e os seus fatores de prognóstico, o que poderá representar uma mais-valia na prática clínica, uma vez que poderá permitir o desenvolvimento e implementação de estratégias de intervenção mais adequadas e efetivas em indivíduos com Dor Lombar Crónica de origem não-específica. Assim, a sua participação poderá beneficiar, no futuro, pessoas com esta condição, que recorrem aos serviços de Fisioterapia.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo a qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação.

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

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

Parte 2 | A forma como estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

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

E se houver algum problema?

Caso exista algum problema no decorrer da recolha de dados/queixa, poderá entrar em contacto com o Coordenador de Curso, através do email (eduardo.cruz@ess.ips.pt).

A minha participação neste estudo será confidencial?

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

aos investigadores e ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

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

Serão recolhidos dados relativos às suas características sociodemográficas e clínicas. Estes dados serão agregados e nunca serão apresentados de forma individual. Pretendem apenas caracterizar os participantes neste estudo, no seu conjunto. Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento. **O código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminado cinco anos após o fim do estudo.**

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Eventualmente os resultados poderão ser publicados conferências/revistas da especialidade, mas nunca de forma individual.

Contactos

Investigadores:

Nomes: Carlos Miguel Cristóvão Miguens e Inês Charrua Pires dos Santos

E-mail: backroad.pt@gmail.com

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

E-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt

(Eduardo Cruz - Responsável pelo Curso de Mestrado em Fisioterapia da ESS-IPS)

Muito obrigada por ler este documento,

Nome

Apêndice 2. Consentimento Informado para Participantes

Consentimento Informado para Participantes

Curso Clínico da Dor Lombar Crónica em Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

Formulário de Consentimento Informado

Este estudo está enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, e é realizado pelos discentes Carlos Miguel Cristóvão Miguens e Inês Charrua Pires dos Santos e sob orientação científica da Professora Doutora Rita Fernandes e do Professor Doutor Eduardo Cruz.

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

Sei que a minha participação no estudo é completamente voluntária e que o seu objetivo é descrever o curso clínico da Dor Lombar Crónica (DLC) em resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia. Por um lado, pretende-se saber se a resposta ao tratamento é diferente considerando o tipo de dor predominante nos utentes (neuropática ou nociceptiva) e, por outro, perceber se uma melhoria clinicamente importante nas primeiras duas semanas de tratamento aumenta a probabilidade de obtenção de um resultado de sucesso a curto e médio-prazo.

Sei que fui selecionado(a) por ter Dor Lombar Crónica de origem não específica, e por preencher os critérios de inclusão necessários, nomeadamente, ter dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores que dura há pelo menos 3 meses, sem causa específica ou presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses, ou presença de dor; ter idade compreendida entre 18 e 65 anos; não ter realizado cirurgia à coluna lombar nos últimos 6 meses; não ter realizado Fisioterapia ou outro

tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com exceção de medicação para a dor, não estar grávida (mulheres) e saber ler e escrever Português Europeu.

Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos e estou consciente que terei 9 momentos de avaliação. A partir do início da primeira sessão de tratamento, ser-me-á pedido para responder a questionários de autopreenchimento semanalmente, até à oitava semana ou até ao momento da alta e, posteriormente, após 3 meses do início da Fisioterapia, através de contacto telefónico (contacto: _____).

Sei que não são esperadas quaisquer implicações negativas da minha participação no estudo. Compreendo igualmente que tenho o direito de colocar durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação, e sem que isso afete o meu tratamento futuro.

Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato, ou seja, a equipa de investigadores responsáveis pela análise dos dados não tem acesso à minha identificação.

Estou igualmente consciente que as minhas respostas serão apresentadas no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, mas nunca de forma individual.

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

Nome _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Investigador _____

Contactos

Investigadores: Inês Santos e Carlos Miguens

E-mail: backroad.pt@gmail.com

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

E-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt

(Eduardo Cruz - Responsável pelo Curso de Mestrado em Fisioterapia da ESS-IPS)



Apêndice 3. Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra



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

Resposta Precoce ao Tratamento como Fator de Prognóstico para os Resultados de Sucesso da Fisioterapia Multimodal em Utentes com Lombalgia Crónica

Inês Santos; Diogo Pires; Eduardo Cruz (2017-18)

MANUAL DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Protocolo para Recrutamento e Seleção da Amostra

O presente protocolo é uma ferramenta orientadora para os fisioterapeutas colaboradores do projeto **“Resposta Precoce ao Tratamento como Fator de Prognóstico para os Resultados de Sucesso da Fisioterapia Multimodal em Utentes com Lombalgia Crónica”**.

De forma a que o recrutamento dos utentes e, posteriormente, a seleção da amostra seja feita de forma adequada, este protocolo deve ser respeitado por todos os colaboradores de igual forma, seguindo os três passos seguintes:

1º PASSO – Identificar Potenciais Participantes

O protocolo de recrutamento aplica-se a todos os utentes referenciados para a Fisioterapia (ou que procuram a Fisioterapia por iniciativa própria – autorreferenciação), com diagnóstico de Dor Lombar ou outras classificações alternativas, como por exemplo, Tensão Lombar, Lombalgia, Lumbago ou Raquialgia Lombar (International Classification of Diseases, 2010).

Este diagnóstico poderá ser efetuado em consulta por um médico fisiatra, de medicina geral, reumatologista ou ortopedista ou numa avaliação efetuada por um fisioterapeuta.

2º PASSO – Verificar os Critérios de Inclusão e Exclusão

Nos Critérios de Exclusão assume-se que a indicação para a Fisioterapia inclui a verificação de situações de contraindicação e/ou situações com diagnóstico específico. Assim, assume-se que todos os utentes enviados para intervenção da Fisioterapia não possuem sintomas de compressão radicular¹, cauda equina, doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa, dor de origem visceral/maligna ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006). Assume-se, igualmente, que condições de dor lombar associadas a patologia específica, como infeção, tumor, osteoporose, fratura, deformidade estrutural e doença inflamatória (ex: espondilite anquilosante) estão devidamente indicadas no registo ou processo clínico, permitindo, dessa forma, a exclusão destes potenciais participantes.

Desta forma, deverá verificar apenas o cumprimento ou não dos seguintes Critérios de Inclusão:

¹ Note-se que existe uma diferenciação importante entre dor de origem específica (ex. síndrome de compressão radicular) e dor de origem não específica. Em ambos os casos pode existir dor referida para o membro inferior mas na dor lombar de origem não específica não existe deficit neurológico (alterações nos reflexos, sensibilidade ou força) (Pinto et al., 2011a). É considerada a

presença de sintomas de compressão radicular (origem específica) quando se verifica a presença de pelo menos dois testes

Crítérios de Inclusão	Sim
Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores que dura há pelo menos 3 meses, sem causa específica ou presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses, ou presença de dor	
Ter idade compreendida entre 18 e 65 anos	
Não ter realizado cirurgia à coluna lombar nos últimos 6 meses	
Não ter realizado Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com exceção de medicação para a dor	
Não estar grávida (no caso das mulheres)	
Saber ler e escrever Português Europeu	

neuroológicos positivos: reflexos, dermatomas (sensibilidade) ou miotomas (força) (Pinto et al., 2011b).

(Coloque uma cruz no espaço apropriado para confirmar o critério):

3º PASSO – Convidar o Utente a Participar no Estudo

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

Apêndice 4. Caderno de Instrumentos



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

Resposta Precoce ao Tratamento como Fator de Prognóstico para os Resultados de Sucesso da Fisioterapia Multimodal em Utentes com Lombalgia Crónica

Inês Santos; Diogo Pires; Eduardo Cruz (2017-18)

CADERNO DE INSTRUMENTOS

AVALIAÇÃO INICIAL (T0)

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

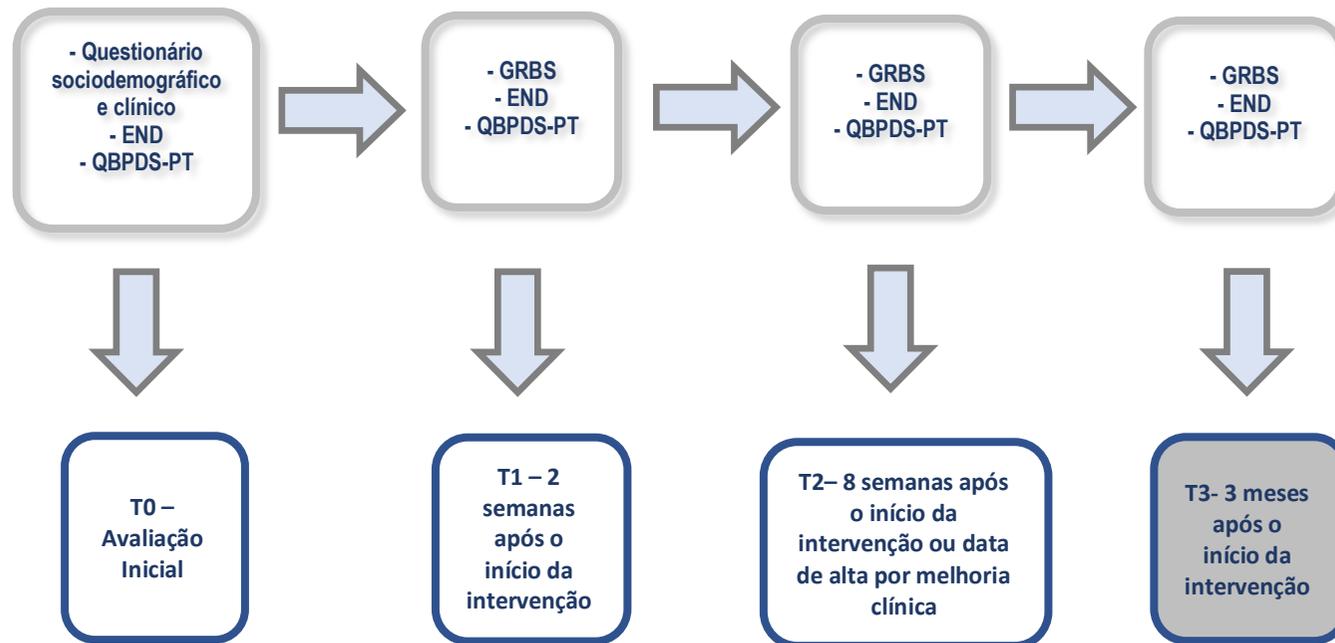
Este protocolo destina-se apenas aos participantes no estudo que:

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

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 8 semanas ou momento de alta, nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.**

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS



CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO ____ T0____

AVALIAÇÃO INICIAL (T0)

(Após a verificação dos Critérios de Inclusão e assinatura do Consentimento Informado – Participantes em lista de espera ou na primeira semana de tratamento)

Tempo de Preenchimento previsto apenas num momento: 10 minutos.

Seguir a ordem indicada:

1. Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica (Inclui Escala Numérica da Dor);
2. Pain Detect Questionnaire – Versão Portuguesa
3. *Quebec Back Pain Disability Scale* – Versão Portuguesa

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

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

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

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

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

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

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

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

7. Qual é sua situação profissional?

A trabalhar Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregado(a) Reformado(a) Doméstica(o)

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

Sim Ex-fumador Não

DADOS CLÍNICOS

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

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

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

12.1. Se sim, quantas vezes?

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

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

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

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

Sim Não

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

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

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

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

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

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

17. Nos últimos 7 dias....

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

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

Discordo plenamente Discordo Concordo Concordo plenamente

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

Concordo Discordo

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

Sem Dor

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

 Dor Máxima

EXPETATIVAS COM O TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA

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

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

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

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

QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

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

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

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

Adicione todos os números para obter um score total: _____

Cruz E. B., Fernandes R., Carmide F. Moniz, S., Viera, A.C. Nunes, F. (2013). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Quebec Back Pain Disability Scale to European Portuguese Language. *Spine*, 38 (23), pp E1491 - E1497. Versão Original de Kopec et al. (1995). *Spine*. 20(3): 341-352.

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

Resposta Precoce ao Tratamento como Fator de Prognóstico para os Resultados de Sucesso da Fisioterapia Multimodal em Utentes com Lombalgia Crónica

Inês Santos; Diogo Pires; Eduardo Cruz (2017-18)

**CADERNO DE INSTRUMENTOS
AVALIAÇÕES SEGUINTEs
(T1, T2 e T3)**

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

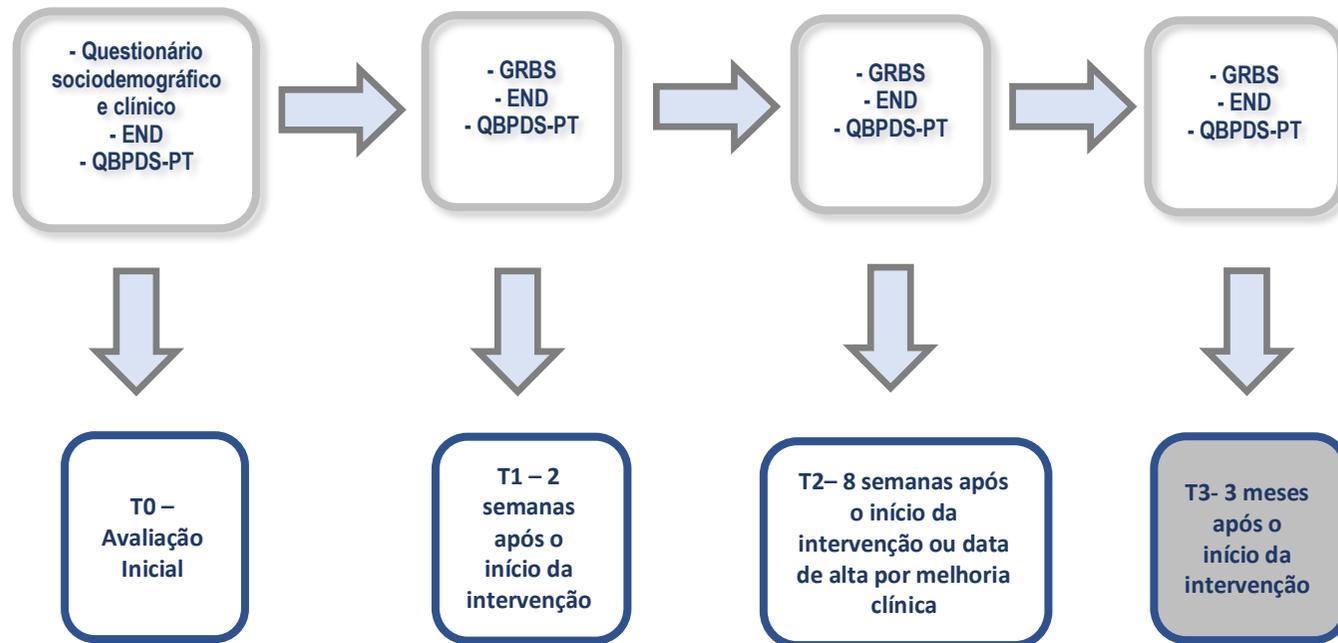
Este protocolo destina-se apenas aos participantes no estudo que:

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

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 8 semanas ou momento de alta, nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.**

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS



Durante o Tratamento (T1, T2 e T3)

Avaliações seguintes

(Sempre na 1ª sessão da semana seguinte ou no momento da alta)

Tempo de Preenchimento previsto: 7 minutos.

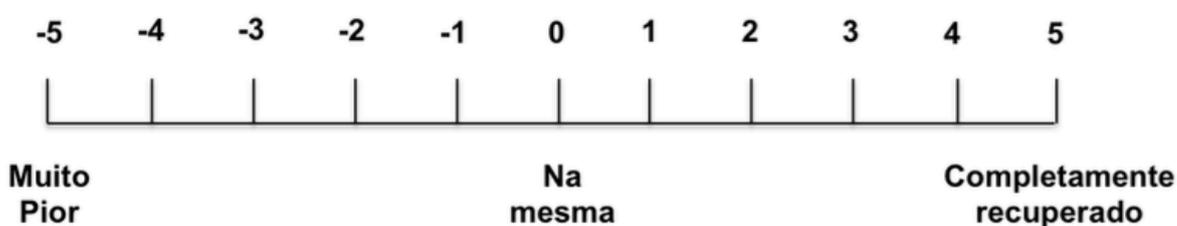
Seguir a ordem indicada:

1. *Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa*
2. Escala Numérica da Dor
3. *Quebec Back Pain Disability Scale – Versão Portuguesa*
4. *Global Back Pain Disability Scale – Versão Portuguesa*

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO (T___)

Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa²

Comparativamente à última sessão, como descreve as suas costas atualmente? (selecione UMA opção)



Escala Numérica da Dor

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

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

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

QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

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

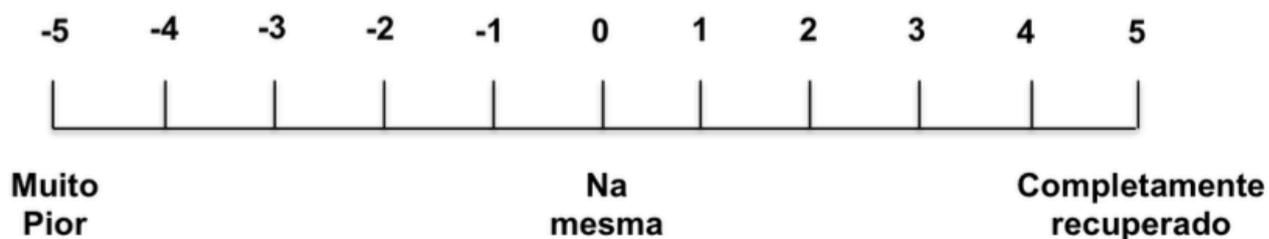
Hoje, tem dificuldade em realizar as seguintes atividades devido à sua dor de costas?

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

Adicione todos os números para obter um **score total**: _____

Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa³

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



³ Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Pires, D., Costa, D., Freitas, P., e Cruz, E., (2015). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de HUsh et al. Arch Phys Med Rehabil (2012) 93: 849-855

Apêndice 5. Folha de Registo dos Procedimentos/Modalidades Terapêuticas

Resposta Precoce ao Tratamento como Fator de Prognóstico para os Resultados de Sucesso da Fisioterapia Multimodal em Utentes com Lombalgia Crónica

Inês Santos; Diogo Pires; Eduardo Cruz (2017-18)

Folha de Registo dos Procedimentos/Modalidades Terapêuticas

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

1. Quem referenciou o utente para a Fisioterapia?

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Fisiatra | <input type="checkbox"/> | Nerologista/Neurocirurgião | <input type="checkbox"/> | Reumatologista | <input type="checkbox"/> |
| Ortopedista | <input type="checkbox"/> | Médico de Clínica Geral | <input type="checkbox"/> | Autorreferenciação | <input type="checkbox"/> |
| Outra situação | <input type="checkbox"/> | Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> | | |

2. Qual o subsistema do utente?

- | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|---------|--------------------------|
| SNS | <input type="checkbox"/> | ADSE | <input type="checkbox"/> | IASFA | <input type="checkbox"/> | Seguros | <input type="checkbox"/> |
| SAMS | <input type="checkbox"/> | Sem subsistema (privado) | <input type="checkbox"/> | CGD | <input type="checkbox"/> | PT | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
- Qual? _____

3. Qual a data do início da intervenção? _____

4. Qual a data da alta? _____ Utente mantém tratamento

5. Qual o motivo da alta:

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Utente abandonou tratamento | <input type="checkbox"/> | Final de tratamento definido | <input type="checkbox"/> | Final das sessões prescritas | <input type="checkbox"/> |
| Pioras clínicas | <input type="checkbox"/> | Necessidade de Exames Complementares | <input type="checkbox"/> | Outro | <input type="checkbox"/> |
| Melhoria Clínica | <input type="checkbox"/> | | | Qual? _____ | |

GLOSSÁRIO

Tipologia de Intervenção

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

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

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

Os diferentes procedimentos terapêuticos são agrupados nas categorias seguintes:

Educação/Informação/Aconselhamento

Inclui aconselhamento individual ou em grupo, orientado por profissionais, a respeito de atividade, exercício e/ou causas de dor na coluna lombar, com recurso a sessões educativas formais e material de apoio educacional escrito. Pode incluir terapia cognitivo comportamental e auto tratamento, educação para o exercício autónomo, "back school".

Exercícios Terapêuticos

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

Aplicação, prescrição, confeção de dispositivos

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

Eletroterapia

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

Terapia Manual

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

Agentes Físicos e Modalidades Mecânicas

Inclui correntes interferenciais, laser, TENS (dor), ultrassom, diatermia, calor, calor húmido, parafina, Cryo Cuff/compressão, gelo/crioterapia; fonoforese, banho de contraste, hidromassagem, energia térmica. Inclui suportes lombares, tração, tração mecânica lombar, CPM (continuous passive motion), pressoterapia e/ou outros agentes.

Treino de Retorno à Atividade Profissional

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

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Apêndice 6. *Output* do SPSS relativo à Caracterização Sociodemográfica e Clínica

○ **Amostra Total (N=150)**

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	122	81,3	81,3	81,3
	Masculino	28	18,7	18,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	23	15,3	15,3	15,3
	Casado	99	66,0	66,0	81,3
	União de Facto	11	7,3	7,3	88,7
	Viúvo	6	4,0	4,0	92,7
	Divorciado	11	7,3	7,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Primário ou Inferior	22	14,7	14,7	14,7
	Ensino Básico Completo	44	29,3	29,3	44,0
	Ensino Secundário ou equivalente completo	55	36,7	36,7	80,7
	Ensino Superior Completo	29	19,3	19,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Situação Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A trabalhar	123	82,0	82,0	82,0
	Incapaz de trabalhar devido ao seu problema	7	4,7	4,7	86,7
	Desempregada (o)	6	4,0	4,0	90,7
	Reformada (o)	10	6,7	6,7	97,3

Doméstica (o)	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fumador

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	17	11,3	11,3	11,3
Não	112	74,7	74,7	86,0
Ex-Fumador	21	14,0	14,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Duração Dor Lombar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3-6 meses	14	9,3	9,3	9,3
6-12 meses	25	16,7	16,7	26,0
12-24 meses	10	6,7	6,7	32,7
Mais de 24	101	67,3	67,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Dor Irrradiada MI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	104	69,3	69,8	69,8
Não	45	30,0	30,2	100,0
Total	149	99,3	100,0	
Missing System	1	,7		
Total	150	100,0		

Medicação Dor Lombar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	71	47,3	47,3	47,3
Não	79	52,7	52,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Faltas_Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	42	28,0	28,0	28,0
	Não	108	72,0	72,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Questão_medo_movimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Plenamente	46	30,7	30,7	30,7
	Discordo	69	46,0	46,0	76,7
	Concordo	31	20,7	20,7	97,3
	Concordo Plenamente	4	2,7	2,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Questão_catastrofização

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	59	39,3	39,9	39,9
	Discordo	89	59,3	60,1	100,0
	Total	148	98,7	100,0	
Missing	System	2	1,3		
	Total	150	100,0		

Expectativas_dor_lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja ligeiramente melhor	25	16,7	16,7	16,7
	Esteja melhor	105	70,0	70,0	86,7
	Desapareça	20	13,3	13,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Expectativas_AVDs

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Esteja ligeiramente melhor	26	17,3	17,3	17,3
Esteja melhor	100	66,7	66,7	84,0
Desapareça	24	16,0	16,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	149	43	22	65	47,60	10,455
Peso	150	71,0	44,0	115,0	70,148	12,7884
Altura	150	40,0	140,0	180,0	162,533	7,6725
Intensidade_Dor_T0	150	7	3	10	5,88	1,910
QBPDS_T0	150	77	3	80	36,06	17,603
Valid N (listwise)	149					

o Participantes (N=136)

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	110	80,9	80,9	80,9
Masculino	26	19,1	19,1	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	23	16,9	16,9	16,9
Casado	87	64,0	64,0	80,9
União de Facto	10	7,4	7,4	88,2
Viúvo	6	4,4	4,4	92,6
Divorciado	10	7,4	7,4	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino Primário ou Inferior	19	14,0	14,0	14,0
Ensino Básico Completo	39	28,7	28,7	42,6
Ensino Secundário ou equivalente completo	52	38,2	38,2	80,9
Ensino Superior Completo	26	19,1	19,1	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Situação Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid A trabalhar	112	82,4	82,4	82,4
Incapaz de trabalhar devido ao seu problema	6	4,4	4,4	86,8
Desempregada (o)	6	4,4	4,4	91,2
Reformada (o)	9	6,6	6,6	97,8
Doméstica (o)	3	2,2	2,2	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Fumador

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	14	10,3	10,3	10,3
Não	103	75,7	75,7	86,0
Ex-Fumador	19	14,0	14,0	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Duração Dor Lombar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3-6 meses	13	9,6	9,6	9,6
6-12 meses	24	17,6	17,6	27,2
12-24 meses	9	6,6	6,6	33,8

Mais de 24	90	66,2	66,2	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Dor Irrradiada MI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	96	70,6	71,1	71,1
	Não	39	28,7	28,9	100,0
	Total	135	99,3	100,0	
Missing	System	1	,7		
Total		136	100,0		

Medicação Dor Lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	63	46,3	46,3	46,3
	Não	73	53,7	53,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Faltas Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	36	26,5	26,5	26,5
	Não	100	73,5	73,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Questão medo movimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Plenamente	42	30,9	30,9	30,9
	Discordo	62	45,6	45,6	76,5
	Concordo	28	20,6	20,6	97,1
	Concordo Plenamente	4	2,9	2,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Questão catastrofização

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	51	37,5	38,1	38,1
	Discordo	83	61,0	61,9	100,0
	Total	134	98,5	100,0	
Missing	System	2	1,5		
Total		136	100,0		

Expectativas dor lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja ligeiramente melhor	23	16,9	16,9	16,9
	Esteja melhor	95	69,9	69,9	86,8
	Desapareça	18	13,2	13,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Expectativas AVDs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja ligeiramente melhor	22	16,2	16,2	16,2
	Esteja melhor	93	68,4	68,4	84,6
	Desapareça	21	15,4	15,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	136	43	22	65	47,75	10,621
Peso	136	71,0	44,0	115,0	69,810	12,8103
Altura	136	40,0	140,0	180,0	162,118	7,6595
Intensidade_Dor_T0	136	7	3	10	5,75	1,845
QBPDS_T0	136	77	3	80	36,13	17,961
Valid N (listwise)	136					

○ **Desistências (N=14)**

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	12	85,7	85,7	85,7
Masculino	2	14,3	14,3	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casado	12	85,7	85,7	85,7
União de Facto	1	7,1	7,1	92,9
Divorciado	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino Primário ou Inferior	3	21,4	21,4	21,4
Ensino Básico Completo	5	35,7	35,7	57,1
Ensino Secundário ou equivalente completo	3	21,4	21,4	78,6
Ensino Superior Completo	3	21,4	21,4	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Situação Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid A trabalhar	11	78,6	78,6	78,6
Incapaz de trabalhar devido ao seu problema	1	7,1	7,1	85,7
Reformada (o)	1	7,1	7,1	92,9
Doméstica (o)	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Fumador

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	21,4	21,4	21,4
	Não	9	64,3	64,3	85,7
	Ex-Fumador	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Duração_Dor_Lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3-6 meses	1	7,1	7,1	7,1
	6-12 meses	1	7,1	7,1	14,3
	12-24 meses	1	7,1	7,1	21,4
	Mais de 24	11	78,6	78,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Dor_Irrradiada_MI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	57,1	57,1	57,1
	Não	6	42,9	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Medicação_Dor_Lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	57,1	57,1	57,1
	Não	6	42,9	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Faltas_Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	42,9	42,9	42,9
	Não	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Questão medo movimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Plenamente	4	28,6	28,6	28,6
	Discordo	7	50,0	50,0	78,6
	Concordo	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Questão catastrofização

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	8	57,1	57,1	57,1
	Discordo	6	42,9	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Expectativas dor lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja ligeiramente melhor	2	14,3	14,3	14,3
	Esteja melhor	10	71,4	71,4	85,7
	Desapareça	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Expectativas AVDs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja ligeiramente melhor	4	28,6	28,6	28,6
	Esteja melhor	7	50,0	50,0	78,6
	Desapareça	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	13	28	35	63	46,00	8,718
Peso	14	48,0	50,0	98,0	73,429	12,5497
Altura	14	22,0	153,0	175,0	166,571	6,7904
Intensidade_Dor_T0	14	6	4	10	7,14	2,143
QBPDS_T0	14	51	6	57	35,36	14,183
Valid N (listwise)	13					

Sexo * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,195 ^a	1	,659		
Continuity Correction ^b	,007	1	,935		
Likelihood Ratio	,207	1	,649		
Fisher's Exact Test				1,000	,493
Linear-by-Linear Association	,194	1	,660		
N of Valid Cases	150				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,61.

b. Computed only for a 2x2 table

Estado_Civil * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,896 ^a	4	,420
Likelihood Ratio	6,523	4	,163
Linear-by-Linear Association	,066	1	,797
N of Valid Cases	150		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,56.

Habilitações_Literárias * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,709 ^a	3	,635
Likelihood Ratio	1,797	3	,616
Linear-by-Linear Association	,530	1	,467
N of Valid Cases	150		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

Situação_Profissional * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,008 ^a	4	,734
Likelihood Ratio	2,213	4	,697
Linear-by-Linear Association	,280	1	,597
N of Valid Cases	150		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

Fumador * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,612 ^a	2	,447
Likelihood Ratio	1,363	2	,506
Linear-by-Linear Association	,584	1	,445
N of Valid Cases	150		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

Duração_Dor_Lombar * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,215 ^a	3	,750
Likelihood Ratio	1,416	3	,702
Linear-by-Linear Association	,873	1	,350
N of Valid Cases	150		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,93.

Dor_Irradiada_MI * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,174 ^a	1	,279		
Continuity Correction ^b	,605	1	,437		
Likelihood Ratio	1,110	1	,292		
Fisher's Exact Test				,359	,215
Linear-by-Linear Association	1,166	1	,280		
N of Valid Cases	149				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,23.

b. Computed only for a 2x2 table

Medicação_Dor_Lombar * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,596 ^a	1	,440		
Continuity Correction ^b	,241	1	,623		
Likelihood Ratio	,596	1	,440		
Fisher's Exact Test				,576	,311
Linear-by-Linear Association	,592	1	,442		
N of Valid Cases	150				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,63.

b. Computed only for a 2x2 table

Faltas_Trabalho * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,691 ^a	1	,194		
Continuity Correction ^b	,976	1	,323		
Likelihood Ratio	1,570	1	,210		
Fisher's Exact Test				,217	,161
Linear-by-Linear Association	1,679	1	,195		
N of Valid Cases	150				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,92.

b. Computed only for a 2x2 table

Questão_medo_movimento * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,492 ^a	3	,921
Likelihood Ratio	,863	3	,834
Linear-by-Linear Association	,015	1	,902
N of Valid Cases	150		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

Questão_catastrofização * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,926 ^a	1	,165		
Continuity Correction ^b	1,212	1	,271		
Likelihood Ratio	1,879	1	,170		
Fisher's Exact Test				,250	,136
Linear-by-Linear Association	1,913	1	,167		
N of Valid Cases	148				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Expectativas_dor_lombar * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,068 ^a	2	,967
Likelihood Ratio	,070	2	,966
Linear-by-Linear Association	,057	1	,811
N of Valid Cases	150		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,87.

Expectativas_AVDs * Desistências

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,053 ^a	2	,358
Likelihood Ratio	1,917	2	,383
Linear-by-Linear Association	,155	1	,693
N of Valid Cases	150		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,24.

Desistências

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	Desistências	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idade	Sim	13	92,9%	1	7,1%	14	100,0%
	Não	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
Peso	Sim	13	92,9%	1	7,1%	14	100,0%
	Não	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
Altura	Sim	13	92,9%	1	7,1%	14	100,0%
	Não	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
Intensidade_Dor_T0	Sim	13	92,9%	1	7,1%	14	100,0%
	Não	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%
QBPDS_T0	Sim	13	92,9%	1	7,1%	14	100,0%
	Não	136	100,0%	0	0,0%	136	100,0%

Tests of Normality

	Desistências	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Idade	Sim	,147	13	,200*	,939	13	,442
	Não	,105	136	,001	,959	136	,000
Peso	Sim	,138	13	,200*	,966	13	,842
	Não	,110	136	,000	,953	136	,000
Altura	Sim	,262	13	,015	,883	13	,077
	Não	,065	136	,200*	,989	136	,379
Intensidade_Dor_T0	Sim	,135	13	,200*	,918	13	,238
	Não	,115	136	,000	,945	136	,000
QBPDS_T0	Sim	,172	13	,200*	,924	13	,284
	Não	,091	136	,007	,957	136	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade is the same across categories of Desistências.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,349	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Peso is the same across categories of Desistências.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,193	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Altura is the same across categories of Desistências.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,030	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Intensidade_Dor_T0 is the same across categories of Desistências.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,022	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of QBPDS_T0 is the same across categories of Desistências.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,744	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Intensidade_Dor_T0	136	3	10	5,75	1,845
Intensidade_Dor_T2	136	0	10	4,49	1,974
Intensidade_Dor_Final_Intervenção	136	0	10	3,06	2,312
Intensidade_Dor_T8	117	0	10	3,67	2,606
QBPDS_T0	136	3	80	36,13	17,961
QBPDS_T2	136	4	78	30,33	16,213
QBPDS_Final_Intervenção	136	0	94	21,12	16,429
QBPDS_T8	117	0	86	24,97	18,078
Valid N (listwise)	117				

Apêndice 7. *Output* do SPSS relativo ao Curso Clínico

Statistics

		Sucesso_Percep_Final_Intervenção	Sucesso_Percep_3meses	Sucesso_Dor_T2	Sucesso_Incapacidade_T2	Sucesso_Dor_Final_Intervenção	Sucesso_Incap_Final_Intervenção	Sucesso_Dor_3meses	Sucesso_Incap_3meses
N	Valid	136	117	136	136	136	136	117	117
	Missing	0	19	0	0	0	0	19	19

Sucesso Percep Final Intervenção

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	102	75,0	75,0	75,0
	Insucesso	34	25,0	25,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Sucesso Percep 3meses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	78	57,4	66,7	66,7
	Insucesso	39	28,7	33,3	100,0
	Total	117	86,0	100,0	
Missing	System	19	14,0		
Total		136	100,0		

Sucesso_Dor_T2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	59	43,4	43,4	43,4
	Insucesso	77	56,6	56,6	100,0
Total		136	100,0	100,0	

Sucesso_Incapacidade_T2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	48	35,3	35,3	35,3
	Insucesso	88	64,7	64,7	100,0
Total		136	100,0	100,0	

Sucesso_Dor_Final_Intervenção

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	81	59,6	59,6	59,6
	Insucesso	55	40,4	40,4	100,0
Total		136	100,0	100,0	

Sucesso_Incap_Final_Intervenção

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	85	62,5	62,5	62,5
	Insucesso	51	37,5	37,5	100,0
Total		136	100,0	100,0	

Sucesso_Dor_3meses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	53	39,0	45,3	45,3
	Insucesso	64	47,1	54,7	100,0
	Total	117	86,0	100,0	
Missing	System	19	14,0		
Total		136	100,0		

Sucesso Incap_3meses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sucesso	57	41,9	48,7	48,7
	Insucesso	60	44,1	51,3	100,0
	Total	117	86,0	100,0	
Missing	System	19	14,0		
Total		136	100,0		

Apêndice 8. *Output* do SPSS relativo às associações entre o fator de prognóstico em estudo e as variáveis dependentes

Logistic Regression

Classification Table^a

		Predicted		
		Sucesso_Dor_Final_Intervenç ão		Percentage Correct
	Observed	Sucesso	Insucesso	
Step 1	Sucesso_Dor_Final_Inter venção	Sucesso 48	Insucesso 35	57,8
		Insucesso 13	Sucesso 47	78,3
Overall Percentage				66,4

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Sucesso_Dor_T2(1)	1,601	,384	17,366	1	,000	4,958	2,335	10,528
	Constant	-1,306	,313	17,455	1	,000	,271		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2.

Classification Table^a

	Observed	Predicted		
		Sucesso_Dor_Final_Intervenç ão		Percentage Correct
		Sucesso	Insucesso	
Step 1	Sucesso_Dor_Final_Inter venção	Sucesso 60	Insucesso 21	74,1
		Insucesso 19	Sucesso 41	68,3
	Overall Percentage			71,6

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 ^a	Sucesso_Dor_T2(1)	1,563	,408	14,705	1	,000	4,775	2,148	10,619
	Idade	,027	,019	1,903	1	,168	1,027	,989	1,067
	Intensidade_Dor_T0	-,142	,134	1,123	1	,289	,868	,667	1,128
	QBPDS_T0	-,006	,014	,219	1	,640	,994	,967	1,021
	Cat_Dur_Dor(1)	,160	,413	,149	1	,699	1,173	,522	2,634
	Dor_Irradiada_MI(1)	-,006	,427	,000	1	,990	,994	,431	2,295
	Cat_Situação_Profissional(1)	,247	,564	,192	1	,661	1,281	,424	3,872
	Medicação_Dor_Lombar(1)	-,738	,413	3,192	1	,074	,478	,213	1,074
	Constant	-1,238	1,271	,949	1	,330	,290		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2, Idade, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Cat_Situação_Profissional, Medicação_Dor_Lombar.

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Sucesso_Dor_T2	Sucesso	60	,000
	Insucesso	81	1,000
Dor_Irradiada_MI	Sim	99	,000
	Não	42	1,000
Cat_Situação_Profission al	Ativo	120	,000
	Não Ativo	21	1,000
Medicação_Dor_Lombar	Sim	65	,000
	Não	76	1,000
Cat_Dur_Dor	Menos de 24 meses	48	,000
	Mais de 24 meses	93	1,000

Classification Table^{a,b}

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Incap_Final_Interven ção		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 0	Sucesso_Incap_Final_Interven ção	Sucesso	86	0	100,0
		Insucesso	55	0	,0
	Overall Percentage				61,0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Idade	10,055	1	,002
		Intensidade_Dor_T0	4,286	1	,038
		QBPDS_T0	,210	1	,647
		Cat_Dur_Dor(1)	,394	1	,530
		Dor_Irradiada_MI(1)	,054	1	,816
		Cat_Situação_Profission al(1)	1,855	1	,173
		Medicação_Dor_Lombar(1)	3,823	1	,051
		Sucesso_Dor_T2(1)	1,413	1	,235
Overall Statistics			18,954	8	,015

Classification Table^a

		Predicted		
		Sucesso_Incap_Final_Interven ção		Percentage Correct
Observed	Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Incap_Final_Int ervenção	Sucesso 67	Insucesso 19	77,9
		Insucesso 33	Sucesso 22	40,0
Overall Percentage				63,1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Idade	,062	,021	8,926	1	,003	1,064	1,022	1,108
Intensidade_Dor_T0	,303	,132	5,239	1	,022	1,354	1,045	1,755
QBPDS_T0	-,023	,014	2,674	1	,102	,977	,951	1,005
Cat_Dur_Dor(1)	,051	,411	,015	1	,902	1,052	,470	2,352
Dor_Irradiada_MI(1)	-,036	,418	,007	1	,932	,965	,425	2,188
Cat_Situação_Profissional(1)	-,014	,535	,001	1	,979	,986	,346	2,810
Medicação_Dor_Lombar(1)	-,375	,403	,864	1	,353	,687	,312	1,516
Sucesso_Dor_T2(1)	,590	,395	2,230	1	,135	1,804	,832	3,915
Constant	-4,568	1,355	11,359	1	,001	,010		

a. Variable(s) entered on step 1: Idade, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Cat_Situação_Profissional, Medicação_Dor_Lombar, Sucesso_Dor_T2.

Classification Table^{a,b}

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Incap_Final_Intervenção		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 0	Sucesso_Incap_Final_Intervenção	Sucesso	87	0	100,0
		Insucesso	56	0	,0
	Overall Percentage				60,8

- a. Constant is included in the model.
 b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Dor_T2(1)	,350	,350	,998	1	,318	1,418	,714	2,816
Constant	-,644	,269	5,717	1	,017	,525		

- a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2.

Classification Table^{a,b}

	Observed	Predicted		
		Sucesso_Percep_Final_Interv enção		Percentage Correct
		Sucesso	Insucesso	
Step 0 Sucesso_Percep_Final_I ntervenção	Sucesso	104	0	100,0
	Insucesso	39	0	,0
Overall Percentage				72,7

- a. Constant is included in the model.
 b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Dor_T2(1)	1,026	,416	6,089	1	,014	2,791	1,235	6,305
Constant	-1,629	,346	22,193	1	,000	,196		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2.

Classification Table^{a,b}

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Percep_Final_Interv enção		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 0 Sucesso_Percep_Final_I ntervenção	Sucesso	102	0	100,0	
	Insucesso	39	0	,0	
Overall Percentage				72,3	

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Sucesso_Dor_T2(1)	6,308	1	,012
		Idade	,428	1	,513
		Intensidade_Dor_T0	1,821	1	,177
		QBPDS_T0	,046	1	,829
		Cat_Situação_Profissional(1)	1,343	1	,247
		Cat_Dur_Dor(1)	,012	1	,912
		Dor_Irradiada_MI(1)	,065	1	,799
		Medicação_Dor_Lombar(1)	2,307	1	,129
		Overall Statistics	13,090	8	,109

Classification Table^a

		Predicted			
		Sucesso_Percep_Final_Interv enção		Percentage Correct	
Observed	Sucesso	Insucesso			
Step 1	Sucesso_Percep_Final_I ntervenção	Sucesso	96	6	94,1
		Insucesso	35	4	10,3
Overall Percentage					70,9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Sucesso_Dor_T2(1)	1,188	,448	7,019	1	,008	3,279	1,362	7,896
	Idade	,013	,020	,405	1	,525	1,013	,974	1,054
	Intensidade_Dor_T0	,287	,143	4,044	1	,044	1,333	1,007	1,763
	QBPDS_T0	-,027	,015	3,136	1	,077	,974	,945	1,003
	Cat_Situação_Profissional(1)	,415	,552	,565	1	,452	1,514	,513	4,470
	Cat_Dur_Dor(1)	-,071	,433	,027	1	,870	,932	,399	2,177
	Dor_Irradiada_MI(1)	-,243	,450	,292	1	,589	,784	,325	1,894
	Medicação_Dor_Lombar(1)	-,268	,432	,386	1	,534	,765	,328	1,783
	Constant	-2,875	1,340	4,606	1	,032	,056		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2, Idade, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Sucesso Dor 3meses		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Dor_3meses	Sucesso	35	18	66,0
		Insucesso	16	49	75,4
	Overall Percentage				71,2

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Sucesso_Dor_T2(1)	1,688	,446	14,305	1	,000	5,411	2,256	12,980
Idade	,035	,023	2,345	1	,126	1,035	,990	1,082
Intensidade_Dor_T0	-,148	,148	,998	1	,318	,863	,645	1,153
QBPDS_T0	-,009	,016	,335	1	,563	,991	,961	1,022
Cat_Situação_Profissional(1)	-,186	,645	,083	1	,774	,831	,235	2,940
Cat_Dur_Dor(1)	-,050	,457	,012	1	,913	,952	,388	2,331
Dor_Irradiada_MI(1)	,194	,513	,144	1	,705	1,215	,444	3,321
Medicação_Dor_Lombar(1)	-,885	,486	3,314	1	,069	,413	,159	1,070
Constant	-,741	1,494	,246	1	,620	,477		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2, Idade, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar.

Classification Table^a

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				Sucesso Dor 3meses	Insucesso	
Step 1	Sucesso_Dor_3meses	Sucesso	34	19	64,2	
		Insucesso	15	50	76,9	
		Overall Percentage			71,2	

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Sucesso_Dor_T2(1)	1,786	,411	18,905	1	,000	5,965	2,667	13,342
	Constant	-,818	,310	6,970	1	,008	,441		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2.

Classification Table^a

		Observed		Predicted		Percentage Correct
				Sucesso	Insucesso	
Step 1	Sucesso_Incap_3mese	Sucesso	31	26	54,4	
		Insucesso	18	43	70,5	

Overall Percentage				62,7
--------------------	--	--	--	------

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Dor_T2(1)	1,047	,387	7,327	1	,007	2,848	1,335	6,078
Constant	-,544	,296	3,365	1	,067	,581		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2.

Classification Table^a

	Observed	Predicted	Sucesso_Incap_3mese		Percentage Correct
			s		
			Sucesso	Insucesso	
Step 1	Sucesso_Incap_3mese	Sucesso	35	22	61,4
	s	Insucesso	18	43	70,5
	Overall Percentage				66,1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Dor_T2(1)	1,268	,455	7,746	1	,005	3,553	1,455	8,675
Idade	,045	,023	3,882	1	,049	1,046	1,000	1,093
Intensidade_Dor_T0	,355	,152	5,485	1	,019	1,427	1,060	1,921
QBPDS_T0	-,037	,017	4,911	1	,027	,963	,932	,996
Cat_Situação_Profissional(1)	,104	,643	,026	1	,872	1,109	,314	3,913
Cat_Dur_Dor(1)	,525	,441	1,413	1	,235	1,690	,711	4,014
Dor_Irradiada_MI(1)	,130	,496	,068	1	,794	1,139	,431	3,010
Medicação_Dor_Lombar(1)	-,660	,460	2,055	1	,152	,517	,210	1,274
Constant	-3,519	1,506	5,461	1	,019	,030		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2, Idade, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Percep_3meses		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Percep_3meses	Sucesso	72	7	91,1
		Insucesso	28	11	28,2
	Overall Percentage				70,3

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Dor_T2(1)	1,140	,473	5,812	1	,016	3,128	1,238	7,903
Idade	,028	,023	1,505	1	,220	1,028	,983	1,075
Intensidade_Dor_T0	,317	,145	4,768	1	,029	1,374	1,033	1,826
QBPDS_T0	-,011	,016	,480	1	,488	,989	,959	1,020
Cat_Situação_Profissional(1)	-,625	,648	,928	1	,335	,535	,150	1,908
Cat_Dur_Dor(1)	-,243	,441	,304	1	,581	,784	,330	1,861
Dor_Irradiada_MI(1)	,438	,482	,824	1	,364	1,549	,602	3,988
Medicação_Dor_Lombar(1)	,731	,482	2,294	1	,130	2,077	,807	5,346
Constant	-4,479	1,570	8,145	1	,004	,011		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2, Idade, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar.

Classification Table^a

	Observed	Predicted	Sucesso_Percep_3mese		Percentage Correct
			s		
			Sucesso	Insucesso	
Step 1	Sucesso_Percep_3mese	Sucesso	79	0	100,0
		Insucesso	39	0	,0
	Overall Percentage				66,9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Dor_T2(1)	,684	,414	2,734	1	,098	1,982	,881	4,460
Constant	-1,126	,332	11,489	1	,001	,324		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Dor_T2.

Classification Table^a

	Observed	Predicted		
		Sucesso_Incap_Final_Intervenção		Percentage Correct
		Sucesso	Insucesso	
Step 1 Sucesso_Incap_Final_Intervenção	Sucesso	45	42	51,7
	Insucesso	4	52	92,9
Overall Percentage				67,8

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Incapacidade_T2(1)	2,634	,561	22,006	1	,000	13,929	4,634	41,864
Constant	-2,420	,522	21,520	1	,000	,089		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Incap_Final_Intervenção		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Incap_Final_Intervenção	Sucesso	67	19	77,9
		Insucesso	15	40	72,7
	Overall Percentage				75,9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Sucesso_Incapacidade_T2(1)	2,726	,597	20,846	1	,000	15,278	4,740	49,245
Idade	,062	,023	7,568	1	,006	1,064	1,018	1,112
Cat_Situação_Profissional(1)	-,252	,603	,174	1	,677	,778	,238	2,537
Cat_Dur_Dor(1)	-,106	,458	,054	1	,817	,899	,367	2,206
Dor_Irradiada_MI(1)	-,122	,470	,067	1	,796	,886	,353	2,224
Medicação_Dor_Lombar(1)	-,784	,449	3,053	1	,081	,456	,189	1,100
Intensidade_Dor_T0	,232	,147	2,493	1	,114	1,261	,946	1,680
QBPDS_T0	-,017	,015	1,271	1	,260	,983	,954	1,013
Constant	-5,668	1,496	14,353	1	,000	,003		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2, Idade, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Percep_Final_Interv enção		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Percep_Final_I ntervenção	Sucesso Insucesso	96 33	6 6	94,1 15,4
Overall Percentage					72,3

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Sucesso_Incapacidade_T2 (1)	1,623	,533	9,274	1	,002	5,068	1,783	14,403
Idade	,004	,020	,030	1	,863	1,004	,964	1,045
Cat_Situação_Profissional(1)	,307	,557	,303	1	,582	1,359	,456	4,053
Cat_Dur_Dor(1)	-,209	,439	,227	1	,634	,811	,343	1,918
Dor_Irradiada_MI(1)	-,271	,459	,349	1	,555	,762	,310	1,876
Medicação_Dor_Lombar(1)	-,595	,427	1,937	1	,164	,552	,239	1,275
Intensidade_Dor_T0	,163	,137	1,400	1	,237	1,177	,899	1,540
QBPDS_T0	-,019	,015	1,617	1	,204	,981	,952	1,010
Constant	-2,134	1,287	2,749	1	,097	,118		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2, Idade, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Percep_Final_Interv enção		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Percep_Final_I ntervenção	Sucesso Insucesso	104 39	0 0	100,0 ,0
Overall Percentage					72,7

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a	Sucesso_Incapacidade_T2 (1)	1,607 ,518	9,604	1	,002	4,987	1,805	13,776
Constant		-2,175 ,472	21,235	1	,000	,114		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Incap_3mese s		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Incap_3mese s	Sucesso Insucesso	29 12	28 49	50,9 80,3
Overall Percentage					66,1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Incapacidade_T2 (1)	1,442	,417	11,955	1	,001	4,229	1,867	9,578
Constant	-,882	,343	6,609	1	,010	,414		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Sucesso_Incap_3mese		Percentage Correct	
		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Incap_3mese	Sucesso	35	22	61,4
		Insucesso	16	45	73,8
	Overall Percentage				67,8

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Sucesso_Incapacidade_T2 (1)	1,488	,456	10,645	1	,001	4,428	1,811	10,824
Idade	,028	,023	1,454	1	,228	1,028	,983	1,075
Cat_Situação_Profissional(1)	,104	,628	,028	1	,868	1,110	,324	3,800
Cat_Dur_Dor(1)	,465	,450	1,069	1	,301	1,592	,659	3,845
Dor_Irradiada_MI(1)	,113	,497	,052	1	,820	1,120	,422	2,967
Medicação_Dor_Lombar(1)	-1,166	,468	6,214	1	,013	,312	,125	,779
Intensidade_Dor_T0	,257	,147	3,070	1	,080	1,293	,970	1,724
QBPDS_T0	-,036	,017	4,560	1	,033	,964	,933	,997
Constant	-2,095	1,378	2,311	1	,128	,123		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2, Idade, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0.

Classification Table^a

	Observed		Predicted		
			Sucesso Percep_3meses		Percentage Correct
			Sucesso	Insucesso	
Step 1	Sucesso_Percep_3meses	Sucesso	71	8	89,9
		Insucesso	32	7	17,9
	Overall Percentage				66,1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Sucesso_Incapacidade_T2 (1)	,973	,476	4,171	1	,041	2,645	1,040	6,725
Idade	,014	,023	,394	1	,530	1,014	,970	1,060
Cat_Situação_Profissional(1)	-,637	,645	,976	1	,323	,529	,149	1,872
Cat_Dur_Dor(1)	-,304	,436	,486	1	,486	,738	,314	1,734
Dor_Irradiada_MI(1)	,407	,479	,722	1	,395	1,502	,588	3,840
Medicação_Dor_Lombar(1)	,359	,451	,636	1	,425	1,432	,592	3,464
Intensidade_Dor_T0	,230	,140	2,707	1	,100	1,259	,957	1,656
QBPDS_T0	-,007	,015	,232	1	,630	,993	,963	1,023
Constant	-3,150	1,401	5,058	1	,025	,043		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2, Idade, Cat_Situação_Profissional, Cat_Dur_Dor, Dor_Irradiada_MI, Medicação_Dor_Lombar, Intensidade_Dor_T0, QBPDS_T0.

Classification Table^a

		Predicted			
		Sucesso_Percep_3mese		Percentage Correct	
		s			
Observed		Sucesso	Insucesso		
Step 1	Sucesso_Percep_3mese	Sucesso	79	0	100,0
	s	Insucesso	39	0	,0
Overall Percentage					66,9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Sucesso_Incapacidade_T2	1,022	,457	4,994	1	,025	2,780	1,134	6,815
	(1)								
	Constant	-1,417	,394	12,930	1	,000	,242		

a. Variable(s) entered on step 1: Sucesso_Incapacidade_T2.

10. ANEXOS

Anexo 1. Autorização da Comissão de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Setúbal



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº 18/ALR/2017

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS, por Carlos Miguel Cristóvão Miguens e Inês Charrua Pires dos Santos, estudantes do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. O estudo intitula-se "Curso Clínico da Dor Lombar Crónica em Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia", cujo objetivo é descrever o curso clínico da DLCNE em resposta ao tratamento multimodal de Fisioterapia, ao nível da intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção global de melhoria, em indivíduos com Dor Lombar Crónica Não-Específica. Tem como orientadores a Professora Doutora Rita Fernandes e o Professor Doutor Eduardo Cruz.

PARECER

Considerando as recomendações efetuadas no primeiro parecer emitido pela CEEI, bem como as do segundo parecer, na segunda resubmissão emite-se parecer favorável.

Setúbal, 23 dezembro 2017

P'la CEEI-ESS

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Inês Charrua Pires dos Santos".