



A. Atualização do PEDro (1 Fevereiro 2021)

O PEDro possui 49.685 registros. Na última atualização do dia 1 de Fevereiro de 2021 você encontrará:

- 38.461 ensaios clínicos (37.732 com avaliação da qualidade metodológica pela escala PEDro confirmada)
- 10.536 revisões sistemáticas
- 688 diretrizes de prática clínica.

A última atualização do PEDro já está disponível (1/02/2021). Acesse [Evidência no seu e-mail](#) para as mais recentes diretrizes de prática clínica, revisões sistemáticas e ensaios clínicos.

B. Atualização do DiTA (1 Fevereiro 2021)

O DiTA possui 1.958 registros. Na última atualização do dia 1 de Fevereiro de 2021 você encontrará:

- 1.758 estudos de acurácia diagnóstica
- 200 revisões sistemáticas.

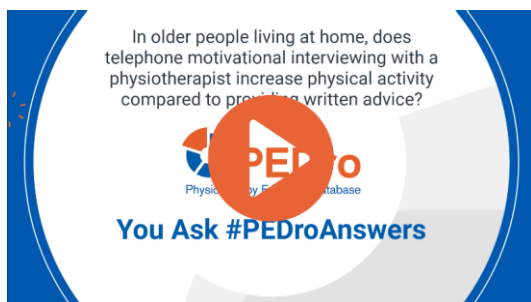
A última atualização do PEDro já está disponível (1/02/2021). Acesse [Evidência no seu e-mail](#) para as mais recentes diretrizes de prática clínica, revisões sistemáticas e ensaios clínicos.

C. Assista ao primeiro vídeo da Busca Avançada do PEDro para a campanha “You Ask #PEDroAnswers”

A cada mês de 2021 compartilharemos pequenos vídeos ilustrando como usar a Busca Avançada do

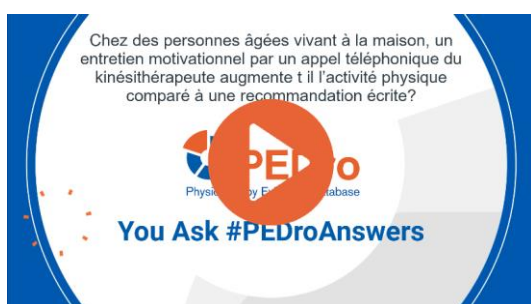
PEDro para encontrar a melhor pesquisa para responder as perguntas clínicas enviadas pelos usuários do PEDro.

A primeira pergunta a ser respondida é “Em pessoas idosas que vivem em casa, entrevista motivacional por telefone com um fisioterapeuta aumenta a atividade física comparado com conselhos por escrito”.



Os termos da busca foram:

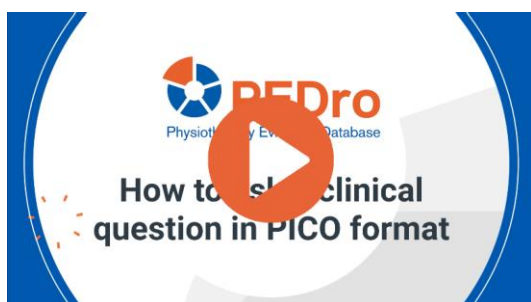
- gerontology (Subdiscipline) [gerontologia (subdisciplina)]
- motivational interview* (Abstract & Title) [conversa motivacional* (Título & Resumo)].



O PEDro agradece as contribuições de Sébastien Matéo e Matthieu Guémann, da Sociedade Francesa de Fisioterapia, que traduziram e gravaram o vídeo.

Você pode enviar sua pergunta para a campanha “You Ask #PEDroAnswers” em <https://pedro.org.au/english/learn/you-ask-pedro-answers/>.

D. Primeira dica de busca para a campanha “You Ask #PEDroAnswers” - faça uma pergunta PICO antes de iniciar a busca



Ao longo de 2021 compartilharemos algumas dicas de como usar a Busca Avançada do PEDro. A primeira dica é “faça uma pergunta PICO antes de iniciar a busca”.

Como um clínico, você realiza testes diagnósticos, fornece informações a respeito de prognóstico e implementa intervenções diariamente. Você pode querer descobrir se o teste diagnóstico (ou a combinação de testes) que você está usando é o melhor disponível considerando sua estrutura e recursos. Você pode querer descobrir o curso clínico de uma condição que você não vê com muita frequência. Você também pode querer descobrir se a intervenção que você está oferecendo aos seus pacientes é suportada por estudos de alta qualidade. Para fazer isso, você precisa fazer uma pergunta

clínica.

A fim de responder à sua pergunta clínica, é útil dividi-la em quatro componentes essenciais usando o 'PICO'. Com isso em mente, **P** significa paciente; **I** significa intervenção; **C** significa comparador; e **O** significa desfecho (ou “outcome”). Reservar um tempo para definir claramente a pergunta da busca ajudará você a descobrir os melhores termos de pesquisa para usar, o que irá tornar a busca para responder à sua pergunta menos difícil ou menos demorada.

Para perguntas envolvendo efeitos de intervenções, sua pergunta PICO deverá incluir todos os quatro elementos:

P (paciente): qual é a condição ou grupo populacional de interesse, você está interessado em um subgrupo particular (exemplo: acidente vascular encefálico agudo), ou um subgrupo demográfico (exemplo: trabalhadores)? A sua pergunta clínica é direcionada a idosos, crianças, atletas, indivíduos com lesão medular ou acidente vascular encefálico?

I (intervenção): qual intervenção você está interessado?

C (comparador): você está interessado em comparar sua intervenção com placebo, tratamento convencional ou outra intervenção (por exemplo, hidroterapia versus exercícios de solo).

O (“outcome”, ou desfecho): quais desfechos mensuráveis você está interessado em melhorar? O desfecho é importante para os pacientes? Os desfechos podem ser eventos (por exemplo, quedas), sintomas (por exemplo, dor), medidas funcionais (por exemplo, velocidade de caminhada) e qualidade de vida. Efeitos adversos e custos de tratamentos também são desfechos importantes de serem considerados.

Um exemplo de uma pergunta PICO sobre os efeitos de uma determinada intervenção é: “Em pacientes com doença de Parkinson, o treinamento usando estímulos visuais ou auditivos reduz o risco de quedas comparado com tratamento convencional?”

A pergunta PICO também pode ser utilizada para elaborar perguntas diagnósticas, mas aqui o “I” ganha um novo significado:

P (paciente).

I (“issue”, ou problema): pode ser um teste diagnóstico, uma combinação de testes físicos ou até mesmo uma regra de predição clínica.

C (comparador): com o que você quer comparar o seu teste diagnóstico? Pode ser um teste de referência ou um teste padrão-ouro.

O (“outcome”, ou desfecho): geralmente são medidas de utilidade do teste, como sensibilidade e especificidade. Estas medidas dão uma ideia sobre as taxas de falsos positivos (o teste diagnostica a condição em pessoas que não apresentam a condição) e falsos negativos (o teste não diagnostica a condição em pessoas que apresentam a condição).

Um exemplo de uma pergunta PICO sobre um teste diagnóstico é: “Em mulheres jogadoras de futebol com lesão no joelho, qual é a acurácia diagnóstica do teste de gaveta anterior comparado a ressonância magnética para detectar rompimento do ligamento cruzado anterior?”

Elementos do PICO pode te ajudar a fazer perguntas sobre o prognóstico de uma condição. Para perguntas prognósticas, o “I” ganha um novo significado e o “C” é retirado:

P (paciente): ao especificar este elemento, é útil incluir a duração ou severidade da condição.

I (“time”, ou tempo): em qual período de tempo você está interessado, curto ou longo prazo?

O (“outcome”, ou desfecho): deve quantificável e importante para o paciente em termos de objetivos pessoais e prioridades. Por exemplo, qual a taxa de progressão de uma doença, ou um desfecho positivo (por exemplo, retorno ao trabalho ou ao esporte).

Um exemplo de uma pergunta PIO sobre prognóstico é: “Em pessoas com um episódio de dor lombar resultando em 4 semanas de afastamento do trabalho, qual é a probabilidade destes indivíduos retornarem a trabalhar em suas funções anteriores aos 6 meses?”

Acabamos de revisar o vídeo tutorial do PEDro sobre como fazer perguntas clínicas sobre intervenções. Este vídeo está disponível apenas em inglês e uma versão em português será produzida em breve.

E. A campanha “You Ask #PEDroAnswers” está sendo divulgada para a Alemanha e França

Fisioterapeutas ao redor do mundo começaram a enviar suas perguntas clínicas para a campanha “You Ask #PEDroAnswers”. Convidamos todos os fisioterapeutas a se juntarem a nós.

A campanha está sendo divulgada para a Alemanha e França. Damos boas-vindas à [Physio Deutschland](#) como um novo apoiador da campanha. Para ajudar os fisioterapeutas que falam francês a participarem, o vídeo de lançamento da campanha agora está disponível em francês. O PEDro agradece as contribuições de Sébastien Matéo e Matthieu Guémann, da [Sociedade Francesa de Fisioterapia](#), que traduziram e gravaram o vídeo.



Nós convidamos os fisioterapeutas da Alemanha e França para enviar suas perguntas clínicas utilizando um [formulário de contato no site do PEDro](#), nos marcando no Twitter com a sua pergunta ([@PEDro_database](#) ou [@PEDrinho_dbase](#)), ou através do Facebook, postando sua pergunta em um comentário no post “You Ask #PEDroAnswers” ou nos enviando sua pergunta através do Messenger ([Physiotherapy Evidence Database](#) or [Pedrinho - Physiotherapy Evidence Database](#)). Lembre-se de incluir na sua pergunta todos os elementos do PICO. Isto é, Paciente, Intervenção, Comparador e Outcome (ou desfecho).

F. Vídeo sobre um grande ensaio clínico que encontrou que a triagem para risco de queda e exercício direcionado ou intervenção multifatorial não resultou em menos fraturas do que somente aconselhamento por correio em idosos residentes na comunidade

No mês passado resumimos o ensaio clínico [PreFIT de Lamb et al.](#) Este ensaio clínico encontrou que a triagem para risco de queda e exercício direcionado ou intervenção multifatorial não resultou em menos fraturas do que somente aconselhamento por correio em idosos residentes na comunidade.



Um vídeo da Professora Sallie Lamb explicando os resultados do PreFIT está disponível em <https://youtu.be/V5vcfBLs2AU>.

Lamb SE, et al. Screening and intervention to prevent falls and fractures in older people. *N Engl J Med* 2020;383(19):1848-59

[Leia mais no PEDro.](#)

G. Uma revisão sistemática encontrou que terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde pode melhorar a capacidade de exercício, dispneia e qualidade de vida

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é a maior causa de incapacidade e mortalidade no mundo. Existe evidência de nível 1 que reabilitação pulmonar baseada em exercício melhora a capacidade de exercício, dispneia e qualidade de vida. A tecnologia de telecomunicação pode ser usada para entregar terapia de exercício. Essa revisão sistemática teve como objetivo estimar os efeitos da terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde comparado a nenhum exercício ou

terapia de exercício em hospital ou ambulatório e terapia de exercício em casa sem telessaúde, na capacidade de exercício, qualidade de vida, dispneia e custos em pessoas com DPOC estável.

Guiado por um protocolo registrado prospectivamente, buscas sensitivas foram realizadas em 7 bases de dados (incluindo Medline e PEDro), busca manual em resumos de conferências relevantes e lista de referências. Ensaios clínicos controlados aleatorizados envolvendo pessoas com DPOC estável foram incluídos se eles comparassem terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde com: (1) nenhum exercício, (2) terapia de exercício em hospital ou ambulatório, ou (3) terapia de exercício em casa sem telessaúde. Terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde foi definida como a entrega de exercício em casa utilizando qualquer tecnologia de telessaúde que fosse mais avançada do que o contato por telefone sozinho (por exemplo, chamada de vídeo em tempo real, plataformas interativas de internet ou aplicativos de smartphone que fornecessem feedback individualizado e objetivos pelo terapeuta ou mediado (automatizado) por um algoritmo). Os desfechos primários foram capacidade de exercício, qualidade de vida, dispneia e custos em um curto (1-4 meses) e longo-prazo (9-12 meses). Dois revisores independentes selecionaram os estudos, extraíram os dados e avaliaram a qualidade dos estudos e a certeza da evidência, com qualquer discordância resolvida por discussão ou arbitragem de um terceiro revisor. A qualidade dos estudos foi avaliada através do instrumento de risco de viés da Cochrane. A certeza da evidência foi avaliada através do Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Meta-análises foram utilizadas para estimar a diferença média e o intervalo de confiança (IC) de 95% para cada desfecho para cada comparação.

34 artigos reportando 15 estudos (1,522 participantes) foram incluídos nas análises. Terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde foi comparada com nenhum exercício em 7 estudos, terapia de exercício em hospital ou ambulatório em 3 estudos e terapia de exercício em casa sem telessaúde em 6 estudos (observação, 1 estudo comparou exercício entregue com telessaúde comparado a nenhum exercício e comparado a exercício em casa sem telessaúde). A tecnologia avançada de telessaúde consistiu em sessões de exercício supervisionadas/monitoradas em tempo real (2 estudos) e treinamento não-supervisionado com feedback por telessaúde (13 estudos). A dose dos treinamentos de exercício variou de 3-7 sessões/semana durante 1-12 meses.

Terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde aumentou a distância de caminhada em 6 minutos (diferença média de 15 m; IC 95% 5 a 24; 4 estudos; 458 participantes; baixa certeza da evidência) e melhorou a qualidade de vida mensurada através do St George Respiratory Questionnaire (diferença média -4%; IC 95% -7 a 0; 4 estudos; 361 participantes; baixa certeza da evidência) e dispneia através da sub-pontuação de dispneia do Chronic Respiratory Questionnaire (diferença média 2 pontos; IC 95% 0 a 4; 2 estudos; 120 participantes; muito baixa certeza da evidência) a curto prazo comparado a nenhum exercício. Meta-análises não puderam ser conduzidas para desfechos a longo-prazo e não havia dados disponíveis para a relação custo-efetividade.

Comparado com terapia de exercício em hospital ou ambulatório, terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde produziu um resultado similar na distância de caminhada em 6 minutos (diferença média 6 m; IC 95% -26 a 37; 2 estudos; 224 participantes; baixa certeza da evidência)

e na pontuação da escala de dispneia modificada do Medical Research Council (diferença média 0 pontos; IC 95% 0 a 0; 152 participantes; baixa certeza da evidência), mas melhorou a qualidade de vida avaliada com o St George Respiratory Questionnaire (diferença média -4%; IC 95% -9 a 0; 2 estudos; 224 participantes; baixa certeza da evidência) a curto-prazo. De novo, meta-análises não puderam ser conduzidas para desfechos a longo-prazo e não havia dados disponíveis para a relação custo-efetividade.

Terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde teve um efeito similar a terapia de exercício em casa sem telessaúde na distância de caminhada em 6 minutos (diferença média 2 m; IC 95% -16 a 19; 3 estudos; 231 participantes; baixa certeza da evidência) e no score do St George Respiratory Questionnaire (diferença média -14%; IC 95% -28 a 1; 3 estudos; 171 participantes; muito baixa certeza da evidência), mas melhorou a sub-pontuação de dispneia do Chronic Respiratory Questionnaire (diferença média 2 pontos; IC 95% 0 a 4; 2 estudos; 123 participantes; muito baixa certeza da evidência) a curto-prazo. Um estudo (105 participantes) reportou custo-efetividade, com nenhuma diferença no custo total (diferença média EUR 288; IC 95% 3,998 a 3,424). Meta-análises não puderam ser conduzidas para desfechos a longo-prazo.

Terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde pode melhorar a capacidade de exercício, dispneia e qualidade de vida comparado a nenhum exercício, embora alguns benefícios possam ser pequenos. Terapia de exercício entregue através de uma tecnologia avançada de telessaúde é geralmente similar a terapia de exercício em hospital ou ambulatório e similar ou melhor que terapia de exercício em casa sem telessaúde.

Bonnevie T, et al. Advanced telehealth technology improves home-based exercise therapy for people with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *J Physiother* 2021;67(1):27-40

[Read more on PEDro.](#)

H. O que é necessário para obter um ótimo ensaio clínico? Um estudo explorando os ensaios clínicos em fisioterapia publicados entre 2014-2019 apresentou algumas ideias

Alguns ensaios clínicos são inovadores e chamam muita atenção dos leitores. Outros falham em captar atenção. O que os tornam diferentes? Um estudo descritivo publicado recentemente no *Physiotherapy Theory and Practice* apresentou algumas ideias.

O estudo teve como objetivo identificar características comuns dos ensaios clínicos referência de fisioterapia. Os dados foram extraídos do Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro entre 2014-2019, 91 ensaios clínicos de fisioterapia publicados nas principais revistas médicas (New England Journal of Medicine, Lancet, JAMA and BMJ) entre 2014-2019 e 99 ensaios clínicos publicados entre 2014-2019 que

foram selecionados aleatoriamente do PEDro. As características que foram selecionadas do PEDro ou extraídas dos artigos foram:

- Características dos ensaios clínicos (escore total e itens individuais da escala PEDro; tamanho amostral; número de locais do ensaio clínico; registro prospectivo; resultados positivos ou negativos; código do PEDro para subáreas, tópico, problema, terapia e parte do corpo)
- Alcance do ensaio clínico (número de citações em geral e em diretrizes de prática clínica; taxas de Altmetric)
- Características da revista (fator de impacto)
- Características dos autores (número de publicações e citações do primeiro e do último autor)

Os testes ANOVA e qui-quadrado foram utilizados para avaliar as diferenças entre os grupos.

Em termos de características principais dos ensaios clínicos, o Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro entre 2014-2019 tiveram uma pontuação média total mais alta (8.0 de 10 pontos) comparado aos ensaios clínicos nas principais revistas médicas (6.9) e a amostra aleatória de ensaios clínicos de fisioterapia (5.4), com o Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro apresentando as maiores proporções de ensaios clínicos com alocação secreta, cegamento do avaliador, baixa perda de acompanhamento e análise por intenção de tratar. Ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas recrutaram as maiores amostras (média de 1,454 participantes), seguido pelo Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro (710) e a amostra aleatória de ensaios clínicos (162). O Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro foram mais prováveis de serem multicêntricos (100%) e prospectivamente registrados (100%) do que os ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas (78% e 76%, respectivamente) e a amostra aleatória de ensaios clínicos (19% e 16%, respectivamente). A amostra aleatória de ensaios clínicos apresentou as maiores porcentagens de resultados positivos (84%), seguido pelo Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro (60%) e os ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas (49%). O problema era que um único código PEDro era distribuído de maneira diferente entre os grupos do ensaio clínico.

Em relação ao alcance do ensaio clínico, o Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro e os ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas tiveram mais citações em geral (média de 25 para ambos) e em diretrizes de prática clínica (40% comparado a 37%) e maiores taxas de Altmetric (média de 220 comparado a 347) do que a amostra aleatória de ensaios clínicos de fisioterapia (média de 2 citações, 4% citado em diretrizes de prática clínica, taxa média de 17 em Altmetric).

O fator de impacto das revistas foi substancialmente maior para o Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro (média de 51.237) e para os ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas (47.856) do que para a amostra aleatória de ensaios clínicos de fisioterapia (2.553).

O primeiro e último autor dos ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas tiveram mais citações (média de 21,348) e publicações (339) do que o Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro (6,050 e 179, respectivamente) e do que a amostra aleatória de ensaios clínicos de fisioterapia (3,879 e 144, respectivamente).

O Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro e os ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas tiveram características que podem informar o desenho, a condução e a descrição de futuros ensaios clínicos de fisioterapia. As características principais são alto rigor metodológico, grandes tamanhos amostrais, estudos multicêntricos, registro prospectivo, muitas citações (incluindo em diretrizes de prática clínica), altas taxas de Altmetric e autores sênior que são altamente citados e que apresentam muitas publicações. O Top 5 ensaios clínicos indexados no PEDro e os ensaios clínicos publicados nas principais revistas médicas alcançaram um destaque, apesar de serem mais prováveis de serem ensaios 'negativos'.

[Zadro JR, et al. What makes a great clinical trial in physiotherapy? *Physiother Theory Pract* 2021 Jan 4:Epub ahead of print. DOI:10.1080/09593985.2020.1870252](https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1870252)

I. Obrigado a todos os voluntários e staff do PEDro no ano de 2020

O PEDro recebeu ajuda de um grande número de voluntários em 2020. Estes fisioterapeutas doaram um pouco de seu tempo e habilidades para avaliar artigos a serem indexados pelo PEDro utilizando a escala PEDro. Muito obrigado Alessandro Pagano, Amy Sman, Ana Salles, Andrea Gardoni, Anne Jahn, Antonella Saponara, Athilas Braga, Benjamin Bowtell, Bernadette Petzel, Bernadine Teng, Carlos Sanchez Medina, Cecilia Bagnoli, Ciara Harris, Clare Walsh, Claudia Sarno, Claudio Cordani, Connie Jensen, Connor Gleadhill, Cristiano Baldan, Crystian Oliveira, David Fernandez Hernando, Diego Poddighe, Elena Ierardi, Elisabetta Bravini, Elisa Ravizzotti, Emre Ilhan, Eurose Majadas, Eva Uršej, Fereshteh Pourakzemi, Frank Aerts, Gabriel Farhat, Gerardo Candoni, Gessica Tondini, Giovanni Ferreira, Gul Oznur Karabicak, Harry Truong, Henry Pak, Hironobu Uzawa, Hopin Lee, Hubert Makaruk, Ilkim Karakaya, Irene Scotto, Ivan Jurak, Janio Luiz Correia Junior, Jean-Philippe Regnaud, Jessica Dhillon, Jiaqi Zhang, Jiayen Wong, Joelle Andre-Vert, Jon Rivero, Joshua Zadro, Juliana Fernandes, Julio Fernandes de Jesus, Junior Vitorino Fandim, Kamil Adamiec, Kathrin Fiedler, Kylie Turton, Laura Crowe-Owen, Laura Daly, Laura Blanco, Leonardo Piano, Letizia Micca, Lorenzo Vannucci, Maciej Plaszewski, Mai Kenawy, Manuela Besomi, Marco Bordino, Marco Bravi, Marco Bisozzi, Maria Letizia Zuccotti, Maria Alva Staufert, Maribeth Gelisanga, Matteo Gaucci, Matteo Locatelli, Mia Boye Nyvang, Michelle Liu, Mykola Romanyshyn, Nicola Ferri, Nicolas Ferrara, Paoline Li, Paolo Caneparo, Pedro Andreo, Peng Cai, Raffaele Barera, Riccardo Guarise, Robyn Porep, Rodrigo Cappato, Roger Andrey, Ryan Carroll, Sacha Bossina, Scott Wilson, Simon Olivotto, So Nishimura, Stacey Cubitt, Stefan Liebsch, Stefano Berrone, Stephen Chan, Sukhjit Singh, Tamer Sabet, Tim Oostenbroek, Tory Toogood, Uwe Eggerickx, Vladyslav Talalaiev, Weronika Krzepakowska, Yaroslav Sybiriankin, Ye Tao Xu e Zoe Russell.

O PEDro conta com um grande staff que desenvolve e mantém a excelência do PEDro. Este foi o staff do PEDro no ano de 2020: Anne Moseley (Gerente de projetos PEDro); Alla Melman (Oficial de pesquisa); Courtney West (administradora); Johnny Kang, Joeeun Song, Julia Scott, Sweekriti Sharma, Theresa Ford e Yen-Ning Lin (avaliadores do PEDro).

J. Artigos mais acessados do PEDro em 2020

Em 2020, o PEDro respondeu mais de 3,8 milhões de perguntas. [Isso significa que, em média, uma pesquisa foi feita a cada 8 segundos.](#)

Embora o PEDro contenha mais ensaios clínicos randomizados que revisões sistemáticas e diretrizes de prática clínica, os artigos mais acessados do PEDro foram revisões e diretrizes. Isso significa que muitos fisioterapeutas estão utilizando os melhores métodos de pesquisa para guiar a sua prática clínica. Utilizar diretrizes e revisões é um método eficiente porque ambos os métodos trazem os resultados de todos os ensaios clínicos disponíveis; e, para diretrizes de prática clínica, resume o efeito de intervenções de fisioterapia em condições de saúde específicas.

Os 10 estudos mais acessados no PEDro em 2020 foram:

1. Chutkan NB, et al. Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of low back pain (2020). <https://www.spine.org/Portals/0/assets/downloads/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf>

[Leia mais no PEDro.](#)

2. Kolasinski SL, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res* 2020;72(2):149-62

[Leia mais no PEDro.](#)

3. Hornby TG, et al. Clinical practice guideline to improve locomotor function following chronic stroke, incomplete spinal cord injury, and brain injury. *J Neurol Phys Ther* 2020;44(1):49-100

[Leia mais no PEDro.](#)

4. Delitto A, et al. Low back pain clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012;42(4):A1-57

[Leia mais no PEDro.](#)

5. Management of rotator cuff injuries clinical practice guideline (2019). <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/rotator-cuff/rotator-cuff-cpq-final-12-20-19.pdf>

[Leia mais no PEDro.](#)

6. Qaseem A, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Int Med* 2017;166(7):514-30

[Leia mais no PEDro.](#)

7. Diercks R, et al. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthop* 2014;85(3):314-22

[Leia mais no PEDro.](#)

8. Logerstedt DS, et al. Knee stability and movement coordination impairments: knee ligament sprain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2010;40(4):A1-37

[Leia mais no PEDro.](#)

9. Low Back Pain Working Group. Evidence-informed primary care management of low back pain (2017). <https://act.albertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/LBP-guideline.pdf>

[Leia mais no PEDro.](#)

10. Page MJ, et al. Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder) (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2014;Issue 8

[Leia mais no PEDro.](#)

K. As próximas atualizações do PEDro e DiTA (Março 2021)

As próximas atualizações do PEDro e DiTA serão na próxima segunda-feira 1 de Março de 2021.

Proudly supported by



AUSTRALIAN
PHYSIOTHERAPY
ASSOCIATION



Copyright © 2021 Physiotherapy Evidence Database (PEDro), All rights reserved.

Want to change how you receive these emails?
You can [update your preferences](#) or [unsubscribe from this list](#)