

A. Atualização do PEDro (7 de Fevereiro de 2022)

O PEDro possui 53.801 registros. Na última atualização do dia 7 de Fevereiro de 2022 você encontrará:

- 41.362 ensaios clínicos (40.717 com avaliação da qualidade metodológica pela escala PEDro confirmada)
- 11.737 revisões sistemáticas
- 702 diretrizes de prática clínica.

Acesse [Evidência no seu e-mail](#) para as mais recentes diretrizes de prática clínica, revisões sistemáticas e ensaios clínicos.

B. Atualização do DiTA (7 de Fevereiro de 2022)

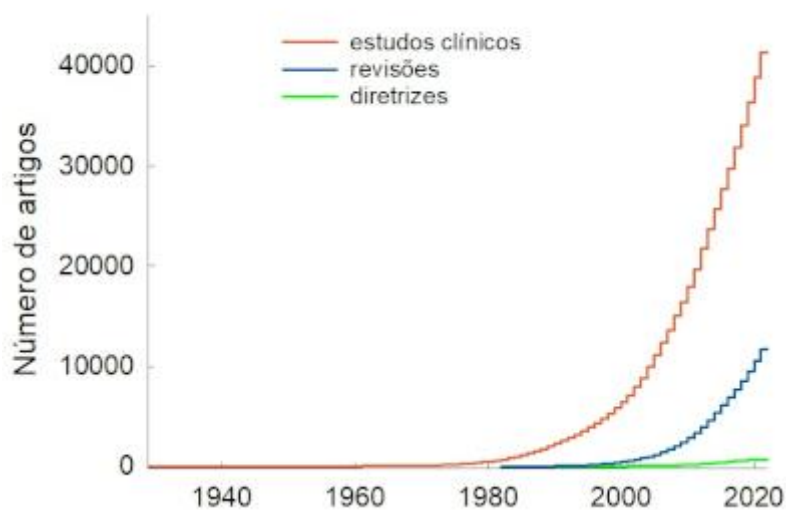
O DiTA possui 2.314 registros. Na última atualização do dia 7 de Fevereiro de 2022 você encontrará:

- 2.073 estudos de acurácia diagnóstica
- 241 revisões sistemáticas.

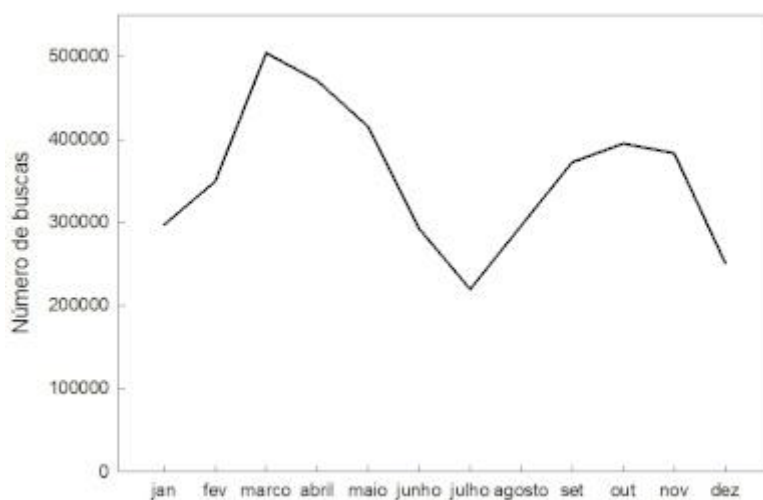
Acesse [Evidência no seu e-mail](#) para os mais recentes estudos originais e revisões sistemáticas de estudos de acurácia diagnóstica.

C. Quem usou o PEDro em 2021

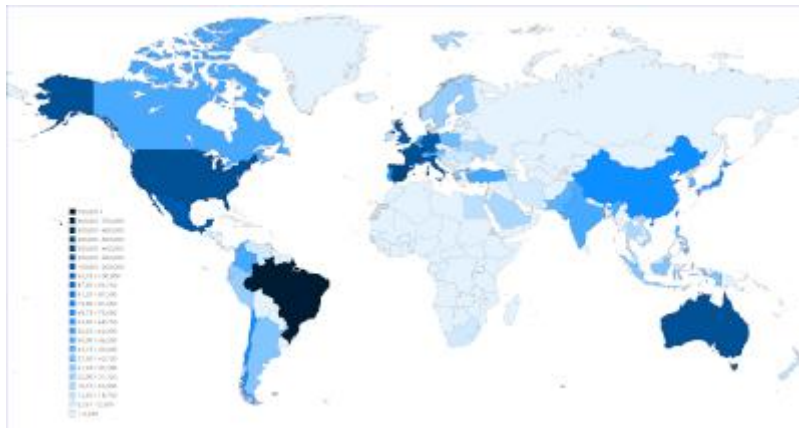
Uma análise da última atualização do PEDro (7 de Fevereiro de 2022) está disponível na página de estatística do PEDro – visite pedro.org.au/portuguese/learn/pedro-statistics/.



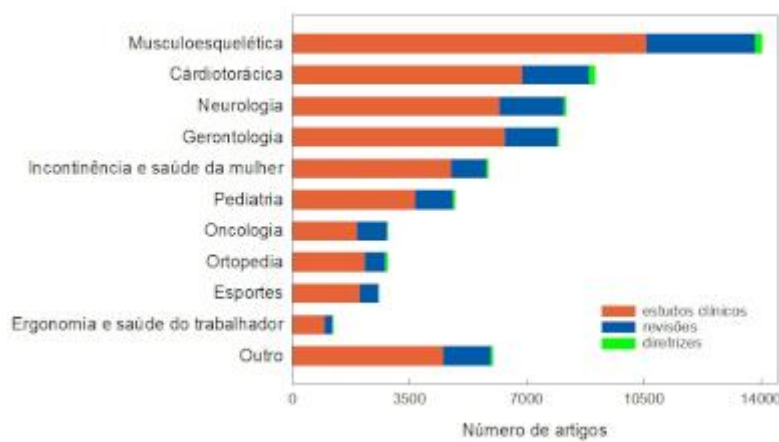
O número de ensaios clínicos continua crescendo exponencialmente.



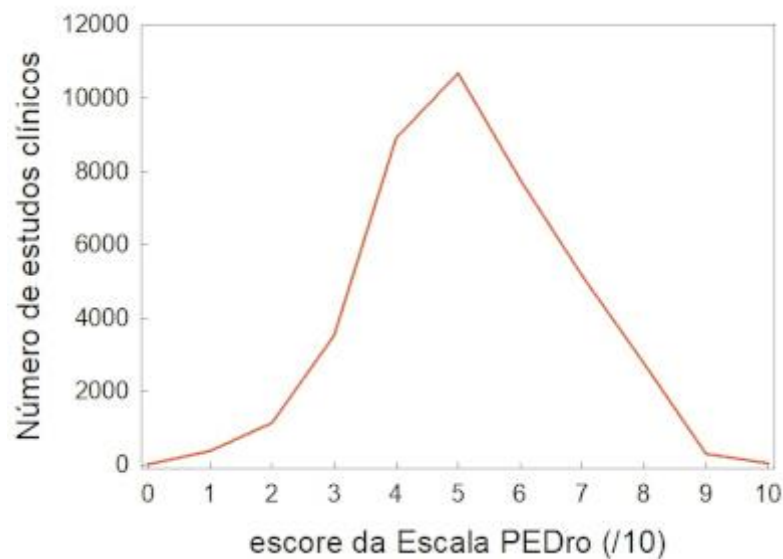
Durante 2021 o PEDro foi utilizado para responder 4.247.892 perguntas clínicas. Isto significa que a cada 7 segundos, uma nova pesquisa foi feita no PEDro durante o ano de 2021. Os usuários do PEDro representaram 215 países.



Os cinco países que mais acessaram o PEDro em 2021 foram Brasil (25%), Espanha (7%), Estados Unidos (7%), Austrália (6%) e França (5%).



As subdisciplinas musculoesquelética e fisioterapia cardiorácica possuem a maior quantidade de ensaios clínicos, revisões e diretrizes de prática clínica.

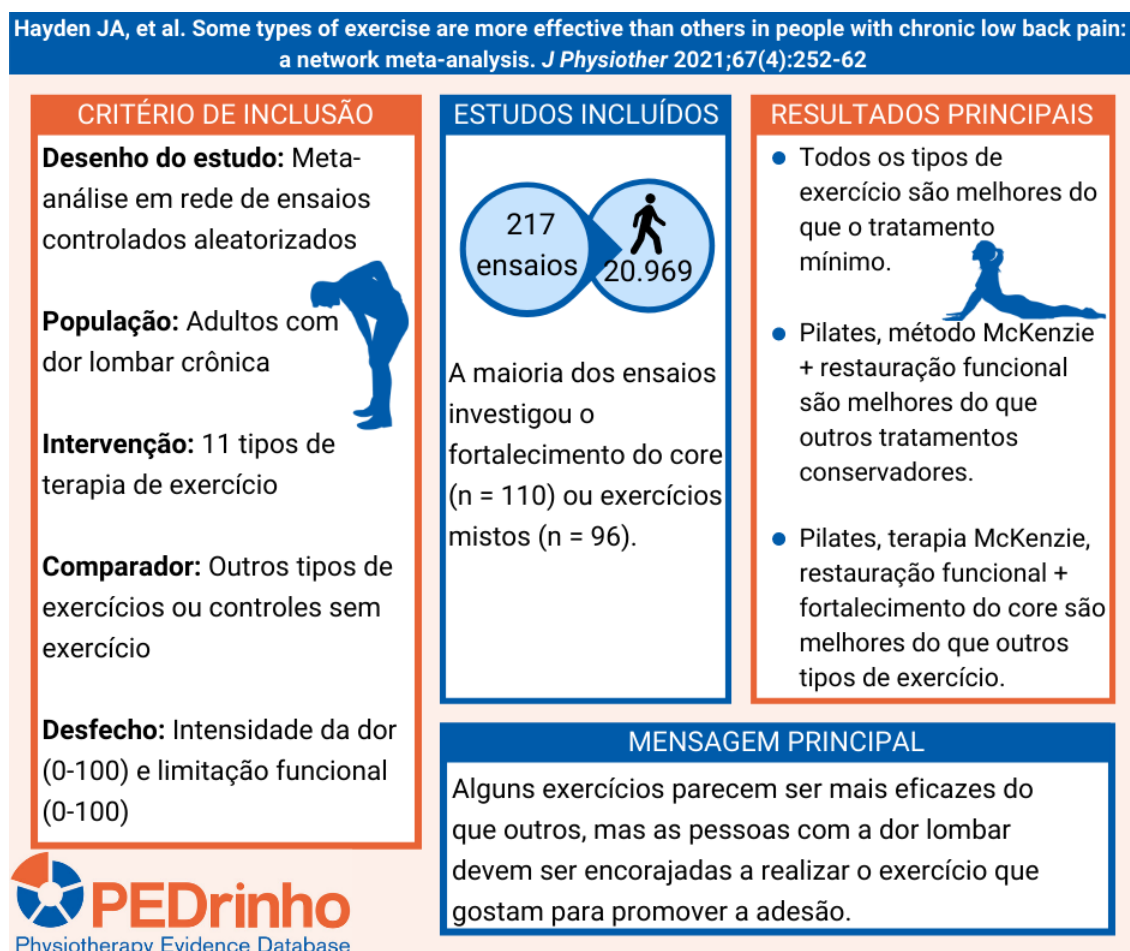


Para todos os ensaios clínicos indexados no PEDro, a pontuação média na escala PEDro é de 5,2 (desvio padrão de 1,6). 39% dos ensaios clínicos são de moderada à alta qualidade, marcando 6/10 ou mais pontos na escala PEDro.

D. Infográfico da revisão que encontrou que alguns tipos de exercícios são mais efetivos que outros para adultos com dor lombar crônica

Apresentamos um resumo no mês passado da [revisão Hayden e col.](#) A revisão concluiu que Pilates, McKenzie, restauração funcional e exercícios de fortalecimento do core foram mais efetivos do que outros tipos de terapias de exercícios para reduzir a intensidade da dor e limitações funcionais. Apesar disso, as pessoas com lombalgia crônica devem ser estimuladas a realizar os exercícios de que gostam para promover a adesão.

Este infográfico descreve algumas sugestões para aplicar essa evidência na prática.



Hayden JA, et al. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. *J Physiother* 2021;67(4):252-62

[Leia mais no PEDro.](#)

E. Fisioterapeutas continuam lutando contra a COVID-19 com recomendações atualizadas

A equipa do PEDro presta homenagem aos fisioterapeutas e outros profissionais de saúde que prestam cuidados na linha da frente durante a pandemia do Coronavírus (COVID-19). A sua bravura, dedicação e experiência têm mais do que merecido a gratidão da comunidade global da fisioterapia.

Para apoiar os fisioterapeutas da linha de frente em seu trabalho frente ao vírus mutante e aos seus efeitos evolutivos, um grupo internacional de fisioterapeutas especializados em fisioterapia cardiorrespiratória trabalhou em colaboração para atualizar as suas recomendações consensuais para o manejo fisioterapêutico da COVID-19 no ambiente hospitalar agudo.

A primeira versão das recomendações para a manejo fisioterapêutico da COVID-19 no ambiente hospitalar agudo foi publicada em Abril de 2020: [Thomas P, et al. *Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. J Physiother* 2020;66\(2\):73-82](#)

De acordo com o plano dos autores para rever e lançar novas versões das recomendações, visto que se sabe mais sobre o tratamento da COVID-19, foi agora publicado um conjunto revisado das recomendações: [Thomas P, et al. *Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting and beyond: an update to clinical practice recommendations. J Physiother* 2022;68\(1\):8-25](#)

A diretriz abrange o planeamento e preparação da mão-de-obra da fisioterapia; um instrumento de triagem para determinar a necessidade de fisioterapia; e recomendações para a utilização de tratamentos de fisioterapia e equipamento de proteção pessoal. São fornecidas novas recomendações e conselhos sobre: gestão da carga de trabalho; saúde do trabalhador (incluindo vacinação); educação clínica; equipamento de proteção pessoal; e intervenções (incluindo pronúncia acordada, mobilização e reabilitação em doentes com hipoxemia). Além disso, foram acrescentadas recomendações de recuperação após a COVID-19, incluindo papéis que os fisioterapeutas podem assumir no manejo da síndrome pós-COVID.

A diretriz atualizada destinam-se a ser utilizadas por fisioterapeutas e outros interessados relevantes que cuidam de pacientes adultos com COVID-19 confirmado ou suspeito no ambiente de cuidados agudos e outros.

A diretriz foi publicada em inglês, com 17 traduções completas disponíveis na internet no Apêndice 2: Búlgaro, Chinês, Holandês, Francês, Alemão, Grego, Húngaro, Italiano, Japonês, Polaco, Português, Romeno, Espanhol, Taiwanês, Tailandês, Turco e Vietnamita.

A equipa do PEDro presta uma homenagem especial aos tradutores voluntários que forneceram essas traduções a tempo para a publicação do artigo principal. Para fisioterapeutas que já estão familiarizados com as diretrizes originais, as novas recomendações e as recomendações revistas foram rotuladas para uma identificação rápida.

No momento da sua publicação, as recomendações revistas já tinham sido aprovadas pela Fisioterapia Mundial, a Confederação Internacional de Fisioterapeutas Cardiorrespiratórios, as associações nacionais de fisioterapia de sete países, e oito grupos de interesse especial em fisioterapia cardiorrespiratória aguda, cuidados intensivos e áreas clínicas afins.

F. Os editores de revistas de fisioterapia esperam agora que os autores utilizem métodos de estimativa

No [blog anterior do PEDro](#), os fisioterapeutas foram encorajados a deixar de utilizar testes estatísticos de hipóteses nulas na pesquisa clínica. Tais testes envolvem a comunicação de valor p e a interpretação dos resultados como estatisticamente significativos ou não significativos. Existem muitos problemas com valores p e alegações de significância estatística, como discutido em detalhe numa Nota de Investigação publicada em [Journal of Physiotherapy](#), que foi o tema do blog anterior do PEDro. Esse blog antecipou que os editores da revista de fisioterapia iriam divulgar orientações sobre este assunto. Agora chegou o momento.

Doze das principais revistas de fisioterapia estão publicando um editorial no início de 2022 que esboça as expectativas dos seus membros do conselho editorial em relação à inferência estatística. A principal mensagem é que os membros do conselho editorial dessas 12 revistas esperam que os manuscritos utilizem métodos de estimativas em vez de testes estatísticos de hipóteses nulas. Os métodos de estimativa não utilizam valores p e declarações sobre (não) significância estatística. Em vez disso, as estimativas são relatadas com intervalos de confiança.

Os intervalos de confiança podem ser reportados em torno de numerosos tipos de estimativas. Por exemplo, um ensaio controlado aleatorizado pode relatar a diferença média entre grupos como a estimativa do efeito da intervenção experimental em pessoas com uma determinada doença. Um estudo observacional pode relatar uma proporção como uma estimativa da prevalência de alguma característica em pessoas com uma determinada condição clínica. Estatísticas como estas devem ser consideradas como estimativas porque são calculadas a partir dos participantes do estudo, que representam apenas uma fracção de toda a população clínica de interesse; por conseguinte, é pouco provável que a estimativa seja exatamente igual ao valor real na população clínica mais

ampla.

Cada vez que um intervalo de confiança é relatado, em certo sentido indica fundamentalmente a mesma coisa independentemente da estatística que está a ser relatada; indica o intervalo de valores em torno da principal estimativa onde provavelmente se encontra o verdadeiro efeito.

Por exemplo, um ensaio aleatório controlado em pessoas com ataxia pode estimar que a intervenção experimental melhora a velocidade de marcha em 7 m/min (porque a diferença média entre grupos é de 7 m/min). Quando esta estimativa é relatada com um intervalo de confiança de 5 a 9, lembra-nos que existe alguma incerteza na estimativa de 7 m/min, mas tranquiliza-nos que o verdadeiro efeito médio da intervenção está provavelmente em algum lugar entre 5 e 9 m/min. Uma pessoa com ataxia e o seu fisioterapeuta pode decidir conjuntamente se esta estimativa é suficientemente precisa e benéfica para que valha a pena realizar a intervenção. Contudo, os autores que relatam o julgamento devem tentar interpretar se a intervenção seria geralmente considerada útil por pessoas com ataxia. Da mesma forma, um estudo observacional relatando que 15% dos 100 competidores no nado de peito têm artrite patelofemoral deveria relatar um intervalo de confiança em torno da estimativa da prevalência; neste caso, o intervalo de confiança seria de 9 a 23. Os autores deveriam interpretar novamente quais as implicações clínicas e de pesquisa decorrentes desta evidência de que a verdadeira prevalência se situa em algum lugar entre 9 e 23% nessa população esportiva.

O editorial fornece uma lista de recursos para ajudar os autores a fazer esta transição de valor-p e significado estatístico para métodos de estimativa.

Os recursos incluem artigos que explicam os princípios sobre intervalos de confiança, artigos que explicam como interpretar os intervalos de confiança, e conselhos sobre como calcular os intervalos de confiança a partir dos seus próprios dados e de dados resumidos publicados.

Os editores reconhecem que levará tempo a fazer esta transição, pelo que os editores darão aos autores a oportunidade de rever os manuscritos para incorporar métodos de estimativa se o manuscrito parecer, de outra forma, potencialmente viável para publicação.

O trabalho editorial foi iniciado em conjunto pela [Sociedade Internacional de Editores de Periódicos de Fisioterapia](#) mas a mudança para métodos de estimativa não está apenas a acontecer na profissão de fisioterapia. Os principais estatísticos apelaram aos editores para abandonarem o conceito de significância estatística e os editores estão a responder nos campos de investigação da [neurociência](#) a [enfermagem](#) e de [farmácia](#) a [psicologia](#).

O trem métodos de estimativa está a sair da estação, por isso certifique-se de que está

nele. Leia o editorial, que está disponível gratuitamente em texto integral através do link abaixo, para se assegurar de que compreende o que os editores dessas revistas de fisioterapia esperam na análise dos dados de pesquisa.

[Elkins MR, et al. Statistical inference through estimation: recommendations from the International Society of Physiotherapy Journal Editors. *J Physiother* 2022;68\(1\):1-4.](#)

G. A tomada de decisão compartilhada é uma parte importante na fisioterapia baseada em evidência

A tomada de decisão compartilhada é um processo colaborativo que envolve pacientes e fisioterapeutas tomando decisões relacionadas à saúde em conjunto após discutir e considerar várias coisas:

- as opções disponíveis para tratamento;
- os benefícios e malefícios de cada opção de tratamento;
- os valores, preferências e circunstâncias pessoais de cada paciente.

A tomada de decisão compartilhada é, portanto, uma maneira de traduzir a evidência para a prática clínica e facilitar o cuidado centrado no paciente ajudando os próprios pacientes a se tornarem mais ativos no processo de tomada de decisão sobre seus cuidados de saúde. Idealmente, uma decisão compartilhada envolve a melhor evidência disponível, o conhecimento/experiência do fisioterapeuta e as preferências/valores dos pacientes.

Um recente Masterclass publicado no *Brazilian Journal of Physical Therapy* explica o que os fisioterapeutas precisam saber sobre o processo de tomada de decisão compartilhada.

O Masterclass explica várias razões do porquê a tomada de decisão compartilhada é importante. Ela pode resultar em alta satisfação do paciente e do fisioterapeuta. Ela reconhece que ambas as perspectivas do fisioterapeuta e do paciente são importantes, que pode ajudar a igualar qualquer relação de poder desigual no cenário clínico. Portanto, ela pode facilitar a boa comunicação entre paciente-terapeuta, permitindo com que os pacientes tomem uma decisão baseada em evidência. Ela também ajuda a promover expectativas e crenças realistas sobre as intervenções, como elas podem ajudar e quanto efeito elas provavelmente terão.

A maioria das queixas de saúde dos pacientes são devido a comunicação ineficaz ou sobre receber uma quantidade inadequada de informação para tomar uma decisão. A tomada de decisão compartilhada trabalha para atenuar essa situação facilitando a boa comunicação entre paciente-terapeuta e permitindo com que os pacientes tomem uma decisão informada por evidências.

Uma seção útil no Masterclass considera situações em que a tomada de decisão compartilhada pode ser mais ou menos apropriada. Por exemplo, não é necessária (e, portanto, menos apropriado) em circunstâncias onde há uma opção de tratamento claramente superior. Ela é mais relevante quando há duas ou mais opções com efeitos similares, mas diferentes custos ou diferentes tipos de benefícios e malefícios). Em tais situações, há necessidade de um juízo de valor – o fisioterapeuta pode ajudar o paciente a chegar a esse julgamento, explicando a evidência de maneira compreensível e usando sua experiência e conhecimento para ajudar o paciente a raciocinar adequadamente ao considerar como essa informação se aplica à sua própria situação.

Um diagrama mostra os elementos principais do processo de tomada de decisão compartilhada em uma ordem típica em que podem ocorrer. Os autores ressaltam, porém, que muitas vezes não é um processo linear e alguns elementos podem ser revistos antes da decisão final.

Os exemplos discutidos anteriormente estão relacionados a tomada de decisão compartilhada sobre tratamentos, mas a tomada de decisão compartilhada também se aplica a escolha de procedimentos, testes diagnósticos e estratégias de prevenção. Por exemplo, os procedimentos envolvidos na realização de um teste diagnóstico podem envolver algum risco de efeito adverso, portanto, os pacientes podem se beneficiar da oportunidade de discutir com o fisioterapeuta sobre a evidência do teste realizado, a importância das informações que o teste fornecerá e as implicações dos diferentes resultados possíveis do teste antes de decidir se deve fazer um teste. Um aspecto interessante do artigo é que ele foi escrito para abranger todos esses aspectos da tomada de decisão compartilhada.

O Masterclass também revisa as evidências sobre o uso de tomada de decisão compartilhada por fisioterapeutas, recursos disponíveis para facilitar a tomada de decisão compartilhada e estudos de intervenções para aumentar o uso de tomada de decisão compartilhada em fisioterapia.

[Hoffmann T, et al. Shared decision making and physical therapy: What, when, how, and why? *Braz J Phys Ther* 2021 Dec 31:Epub ahead of print.](#)

H. Obrigado a todos os voluntários e staff do PEDro no ano de 2021

O PEDro recebeu ajuda de um grande número de voluntários em 2021. Estes fisioterapeutas doaram um pouco de seu tempo e habilidades para avaliar artigos a serem indexados pelo PEDro utilizando a escala PEDro. Muito obrigado Alaa Noureldeen Kora, Alessandro Pagano, Alexandra Barnes, Alistair Gardner, Ana Cristina Castro Avila, Ana

Salles, Andrea Gardoni, Anne Jahn, Antonella Saponara, Athilas Braga, Bernadette Petzel, Bernadine Teng, Brenda Lucciano, Brice Pennicott, Carlos Sanchez Medina, Cecilia Bagnoli, Christine Tadros, Ciara Harris, Clare Walsh, Claudia Sarno, Claudio Cordani, Connie Jensen, Connor Gleadhill, Daniel Gurin, Daniele Conte, David Fernandez Hernando, David Liska, Diego Poddighe, Elena Ierardi, Elisa Ravizzotti, Emre Ilhan, Eurose Majadas, Eva Ursej, 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, Janio Luiz Correia Junior, Jean-Philippe Regnaud, Jess Chan, Jiayen Wong, Joshua Zadro, Julia Chevan, Juliana Fernandes, Julio Fernandes de Jesus, Junior Vitorino Fandim, Kamil Adamiec, Kathrin Fiedler, Kerry West, Kylie Turton, Laura Blanco, Laura Crowe-Owen, Laura Daly, Leonardo Piano, Letizia Micca, Llanos de la Iglesia Avila, Lorenzo Vannucci, Luca Bertazzoni, Maciej Plaszewski, Mahsa Seydi, Mai Kenawy, Manuela Besomi, Marco Bisozzi, Marco Bordino, Marco Bravi, Maria Alva Staufert, Maria Letizia Zuccotti, Maribeth Gelisanga, Matteo Gaucci, Matteo Locatelli, Mia Boye Nyvang, Michelle Liu, Mykola Romanyshyn, Nicolas Ferrara, Paoline Li, Paolo Caneparo, Pedro Andreo, Peter Geagea, Pirashikah Prahatheesan, Rik Dawson, Robyn Porep, Rodrigo Cappato, Roger Andrey, Ryan Carroll, Sabrina Grappiolo, Sacha Bossina, Scott Wilson, Shahn Aldrouich, Shaimaa Eldeeb, Shalin Patel, So Nishimura, Stacey Cubitt, Stefan Liebsch, Stefano Berrone, Stephen Chan, Sukhjit Singh, Tim Oostenbroek, Tory Toogood, Uwe Eggerickx, Vaishnavi Kulkarni, Valentin Valliant, Vladyslav Talalaiev, Weronika Krzepakowska, Yaroslav Sybiriankin, Ye Tao Xu, Zoe Nicholas 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 2021: Anne Moseley (Gerente de projetos PEDro); Alla Melman (Oficial de pesquisa); Courtney West (administradora); Chen Qiuzhe, Johnny Kang, Joeun Song, Julia Scott, Sweekriti Sharma, Theresa Ford e Yen-Ning Lin (avaliadores do PEDro).

I. As próximas atualizações do PEDro e DiTA (Março 2022)

As próximas atualizações do [PEDro](#) e [DiTA](#) serão na próxima segunda-feira 7 de Março de 2022.

Proudly supported by



AUSTRALIAN
PHYSIOTHERAPY
ASSOCIATION



Copyright © 2022 Physiotherapy Evidence Database (PEDro), All rights reserved.
You are receiving this email because you opted in at our website www.pedro.org.au

Our mailing address is:

Physiotherapy Evidence Database (PEDro)
PO Box M179
MISSENDEN ROAD, NSW 2050
Australia

[Add us to your address book](#)

Want to change how you receive these emails?

You can [update your preferences](#) or [unsubscribe from this list](#)