




**Amanda Costa Araujo**



**ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO  
INVENTÁRIO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA NO  
TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DE PACIENTES COM  
DOR LOMBAR**

Presidente Prudente

2014



**Amanda Costa Araujo**

**ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO  
INVENTÁRIO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA NO  
TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DE PACIENTES COM  
DOR LOMBAR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia - FCT/UNESP, *Campus* de Presidente Prudente, Área de concentração "Avaliação e Intervenção em Fisioterapia" como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia.

Orientador: Rúben de Faria Negrão Filho  
Coorientador: Rafael Zambelli de Almeida Pinto

Presidente Prudente  
2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

Araujo, Amanda Costa

Análise das propriedades psicométricas do Inventário de Aliança Terapêutica no tratamento fisioterápico de pacientes com dor lombar / Amanda Costa Araujo.–

Presidente Prudente: [s.n], 2014.

Orientador: Rúben de Faria Negrão Filho

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Tecnologia

Inclui bibliografia

1. Dor lombar. 2. Aliança Terapêutica. 3. Propriedades Psicométricas. I. Negrão Filho, Rúben de Faria. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. III. Análise das propriedades psicométricas do Inventário de Aliança Terapêutica no tratamento fisioterápico de pacientes com dor lombar.

**BANCA EXAMINADORA**



PROF. DR. RUBEN DE FARIA NEGRÃO FILHO  
(ORIENTADOR)



PROF. DR. RÔMULO ARAUJO FERNANDES  
(FCT/UNESP)



PROF. DR. VINICIUS CUNHA OLIVEIRA  
(UFMG)



AMANDA COSTA ARAUJO

PRESIDENTE PRUDENTE (SP), 15 DE AGOSTO DE 2014.

RESULTADO: Aprovado

*Dedico este trabalho a todos que de longe, perto ou em outro plano espiritual de alguma forma contribuíram para realização desta conquista.*

# Agradecimentos

Às vezes é necessário abdicar de centenas de coisas para realizar um sonho, muitas vezes pode parecer difícil, porém é necessário persistir para conquistar aquilo pelo qual houve tanta luta.

Só é possível a realização de um trabalho quando há pessoas para lhe ajudar, não há trabalho que seja realizado sozinho, nem tanto pouco conquista sem auxílio.

Desta forma agradeço primeiramente a Deus e ao plano espiritual, por me guiarem e me auxiliarem em todos os momentos desta trajetória.

Ao meu orientador Prof<sup>o</sup> Dr. Rúben de Faria Negro Filho, por ter me dado à oportunidade de estar no mestrado, confiar na minha capacidade e me auxiliar em todos os momentos necessários.

Ao meu também orientador Prof<sup>o</sup> Dr. Rafael Zambelli de Almeida Pinto por toda a paciência, por repetir e explicar centenas de vezes coisas tão simples, pelas várias horas via Skype em que me esteve ensinando e fazendo do meu trabalho sua prioridade.

Aos meus pais Domingos e Ivana que sempre me apoiaram em todas as escolhas que eu fiz, principalmente pelo amor e por todo zelo desde o nascimento até os dias de hoje.

À minha irmã Alessandra que mesmo distante sempre esteve comigo em cada momento, mesmo que às vezes fosse necessário matar as saudades rapidamente nos finais de semana.

Ao meu namorado Rodolfo, pela ajuda primordial na análise estatística deste trabalho, por todo amor e que sempre foi tão paciente e entendeu cada dia em que eu não pude estar próxima a ele devido aos compromissos acadêmicos, porém sempre me incentivou.

Aos minhas amigas fisicamente distantes Jéssica e Victória que nunca deixaram de fazer parte da minha vida, por todo carinho e por jamais se distanciarem nesses anos, em quem eu posso confiar como nos tempos antigos.

Aos meus amigos irmãos, que eu escolhi e me escolheram pelos laços indivisíveis que nos ligam, Giovanna, Camila, Ana Beatriz, Ítalo, Andressa, Rayana por todo carinho, por me acolherem sempre, me ajudarem e estarem diariamente comigo, por serem como minha família.

Ao pessoal do Laboratório de Biomecânica e Controle Motor (LABCOM), por todo incentivo em todos os momentos, mesmo quando tudo parecia estar fora do lugar, as palavras de auxílio foram fundamentais para a rotina desses quase 2 anos.

Por último, porém com a mesma importância agradeço aos pacientes por terem colaborado com o estudo, muitas vezes sem entender o objetivo, mas sabendo de sua importância não exilaram em ajudar. Aos fisioterapeutas voluntários, que mesmo com o dia-dia tão corrido se propuseram a reservar um espaço para o atendimento e a responder os questionários sempre de maneira tão solícita.

Em fim, cada um de vocês foi essencial para a concretização e obtenção deste título, nada seria possível se um de vocês me faltasse. Talvez meu agradecimento seja muito singelo neste momento, desta forma dedico todo meu amor a vocês em cada página deste trabalho.

Amanda Costa Craujo

*“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”*

*Chico Xavier*

*“Sei o que devo ser e ainda não sou, mas rendo graças a Deus por estar trabalhando, embora lentamente, por dentro de mim próprio, para chegar, um dia, a ser o que devo ser.”*

*Chico Xavier*



## RESUMO

A dor lombar é uma enfermidade extremamente prevalente, afetando grande parte da população em algum momento da vida, no entanto o tratamento da dor lombar até o presente momento tem efeitos pequenos, no máximo, moderados. Um dos fatores geralmente negligenciados nos ensaios clínicos e que podem estar interferindo no tamanho do efeito dos tratamentos é a aliança terapêutica. A aliança terapêutica, pode ser definida como a relação de empatia entre terapeuta e paciente, constituída por três dimensões: vínculos, objetivos e tarefas. Com base nesses domínios foi desenvolvido o questionário *Working Alliance Inventory* (WAI) como forma de avaliar de forma objetiva a relação terapeuta paciente.

Desta forma o propósito foi conduzir um estudo observacional para investigar a capacidade do questionário WAI versão Terapeuta e Paciente, em avaliar a aliança terapêutica em pacientes com dor lombar submetidos ao tratamento fisioterápico.

A amostra dos pacientes foi constituída por 100 indivíduos, sendo 54% do sexo feminino. A idade média (desvio-padrão) dos participantes de 47,8(± 15,4) anos e o IMC médio de 27,7(±5,4) kg/m<sup>2</sup>. A amostra dos terapeutas foi constituída por 18 terapeutas, sendo 77% do sexo feminino com idade média de 25,6 (±4,3) anos. Dados foram coletados em três momentos: após a primeira sessão, antes da segunda sessão e 2 meses após a primeira sessão.

Os resultados da análise de confiabilidade sugerem que os questionários possuem boa confiabilidade, o Coeficiente de Correlação Intraclasse ( $CCI_{(2,1)}$ ) dos questionários variaram entre 0,77 e 0,88. De acordo com a análise de consistência interna do WAI Paciente, os coeficientes Alpha de Crombach obtidos foram: 0,52 (subescala Tarefa), 0,58 (subescala Objetivos) e 0,62 (subescala Vínculos). Os coeficientes obtidos pela análise de consistência interna do WAI Terapeuta foram: 0,81 (subescala Tarefa); 0,79 (subescala Objetivos); 0,58 (subescala Vínculos). Na análise de efeito teto o questionário WAI Paciente e SRS (*Session Rating Scale*) obtiveram 26% e 58% respectivamente.

Para análise de validade concorrente, a correlação de Spearman's foi utilizada para determinar a correlação entre o WAI Paciente e o SRS. Foi realizada de forma exploratória a correlação: entre WAI Terapeuta e o SRS; e entre o WAI Terapeuta e o WAI Paciente. Os resultados encontrados foram:  $r=0,39$ ,  $p\leq 0,001$  (WAI Paciente vs SRS);  $r=-0,14$  ( $p=0,17$ ) (WAI Terapeuta vs SRS); e  $r=0,09$ ,  $p=0,37$  (WAI Paciente vs WAI Terapeuta).

Na análise de responsividade interna os questionários empregados tiveram diferença entre *baseline* e 2 meses após a primeira sessão, quando analisado dor e função o tamanho do efeito foi considerado grande e quando analisado incapacidade o tamanho do efeito foi moderado, porém nos questionários WAI e SRS o tamanho do efeito foi considerado pequeno.

O instrumento WAI Paciente apesar de ter mostrado boa confiabilidade apresentou problemas com relação a consistência interna e validade concorrente, já na análise Rasch, apresentou problemas nas questões 5, 6, 8 e 11 com relação a previsibilidade das questões. O instrumento WAI Terapeuta obteve boas propriedades psicométricas, porém na análise Rasch após análise dos dados apresentou problemas de unidimensionalidade em todas as questões, com exceção da questão 5.

Assim propõe-se que futuras pesquisas incorporem as modificações sugeridas pela análise Rasch e continuem sendo feitas análises psicométricas a fim de adaptar o questionário para a área da reabilitação.

Palavras-chave: Aliança Terapêutica; Dor Lombar, Propriedades Psicométricas, Inventário de Aliança Terapêutica.

## ABSTRACT

Low back pain is an extremely prevalent condition, affecting most of the population at some point in life, however the treatment of low back pain to date have small effects at best moderate. One factor often overlooked in clinical trials that may be interfering with the size of the treatment effect is the therapeutic alliance. The therapeutic alliance can be defined as the relationship of empathy between therapist and patient, consisting of three dimensions: bonds, goals and tasks. Based on these domains the questionnaire Working Alliance Inventory (WAI) was developed as a way to evaluate objectively the therapist patient relationship.

Thus the purpose was to conduct an observational study to investigate the ability of the WAI questionnaire therapist and patient version, to evaluate the therapeutic alliance in low back pain patients undergoing physiotherapy treatment.

The patient sample consisted of 100 individuals, of whom 54% were female. The (standard deviation) participants' average age of 47.8 ( $\pm$  15.4) years and mean BMI of 27.7 ( $\pm$  5.4) kg / m<sup>2</sup>. A sample of therapists was consisted of 18 therapists, 77% female with a mean age of 25.6 ( $\pm$  4.3) years. Data were collected at three times: after the first session, before the second session and two months after the first session.

The results of reliability analysis suggests that questionnaires have good reliability, the intraclass correlation coefficient (ICC (2,1)) of the questionnaires varied between 0.77 and 0.88. According to the analysis of internal consistency of the WAI patient, the Cronbach Alpha coefficients were obtained: 0.52 (Task subscale), 0.58 (Goals subscale) and .62 (subscale Links). The coefficients obtained from the analysis of internal consistency of the WAI therapist were: 0.81 (Task subscale); 0.79 (Goals subscale); 0.58 (subscale Links). Ceiling effect on the analysis of the patient questionnaire WAI and SRS had 26% and 58% respectively.

For analysis of concurrent validity, the Spearman's correlation was used to determine the correlation between the WAI and the Patient Session Rating Scale (SRS). The correlation was performed in an exploratory way: between WAI therapist and the SRS; and between the therapist and the WAI WAI

patient. The results were:  $r = 0.39$ ,  $p \leq 0.001$  (WAI vs Patient SRS);  $r = -0.14$  ( $p = 0.17$ ) (WAI therapist vs SRS);  $r = 0.09$ ,  $p = 0.37$  (WAI WAI vs Patient Therapist).

In the analysis of internal responsiveness employees had questionnaires difference between baseline and follow-up of 2 months when pain and function analyzed the effect size was considered large and disability when analyzed the effect size was moderate, but the questionnaires WAI SRS and the size of effect was considered small.

The instrument WAI patient despite having shown good reliability had problems with the internal consistency and concurrent validity, Rasch analysis, presented problems in questions 5, 6, 8 and 11 with respect to predictability issues. The instrument WAI therapist got good psychometric properties, but in the Rasch analysis after analysis of the data presented problems of dimensionality in questions 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 and 12.

Thus it is proposed that future research incorporate the changes suggested by Rasch analysis and psychometric analyzes continue being made in order to adapt the questionnaire to the area of rehabilitation.

**Keywords:** Therapeutic Alliance; Low Back Pain, Psychometric Properties, Inventory of Therapeutic Alliance.

# Sumário

1.	INTRODUÇÃO .....	16
1.1	Revisão de Literatura .....	16
1.2	O Instrumento <i>Working Alliance Inventory</i> .....	19
2.	OBJETIVOS .....	22
3.	METODOLOGIA .....	23
3.1	Amostra .....	23
3.2	Instrumentos .....	23
3.3	Procedimentos .....	25
3.3.1	Tradução e adaptação dos questionários WAI (versão terapeuta) e SRS..	25
3.3.2	Aplicação dos questionários e Coleta de Dados .....	28
3.4	Análise Estatística .....	29
3.4.1	Análise Descritiva .....	29
3.4.2	Análise de Consistência Interna (Alpha de Crombach) .....	30
3.4.3	Análise de Confiabilidade (CCI <sub>(2,1)</sub> , EPM, MMD, Efeito Teto e Solo) .....	30
3.4.4	Análise de Validade Concorrente (Matriz de Correlação Spearman's) ...	30
3.4.5	Comparação entre os dados do <i>baseline</i> e 2 meses após a primeira sessão	31
3.4.6	Análise de Responsividade Interna .....	31
3.4.7	Análise Rasch .....	32
4.	RESULTADOS .....	34
4.1	Caracterização da amostra .....	34
4.2	Análise de Consistência Interna (Alpha de Crombach) .....	35
4.3	Análise de Confiabilidade (CCI <sub>(2,1)</sub> , EPM, MMD, Efeito Teto e Solo) .....	36
4.4	Análise de Validade Concorrente (Matriz de Correlação Spearman's) .....	36
4.5	Comparação entre <i>Baseline</i> e 2 meses após a primeira sessão .....	37
4.6	Análise de Responsividade Interna .....	38
4.7	Análise Rasch .....	38
4.7.1	Validade do Construto .....	38
4.7.2	Dimensionalidade .....	39
4.7.3	Item de Aperfeiçoamento .....	42

5. DISCUSSÃO .....	50
6. CONCLUSÃO .....	58
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
8. ANEXOS .....	63
8.1 Questionários Versão Paciente .....	63
8.1.1 Etapas da Coleta .....	64
8.1.2 Critérios de Inclusão .....	65
8.1.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	66
8.1.4 Características do Paciente .....	70
8.1.5 Questionário Multidimensional de Locus de Controle de Saúde .....	72
8.1.6 Escala Numérica para Dor .....	73
8.1.7 Escala de Pontuação da Sessão- SRS.....	74
8.1.8 Inventário de Aliança Terapêutica - WAI .....	75
8.1.9 Satisfação .....	77
8.1.10 <i>Roland Morris</i> de Incapacidade.....	78
8.1.11 Escala Funcional Específica do Paciente .....	79
8.1.12 Escala Tampa para Cinesiofobia .....	80
8.2 Questionários versão Fisioterapeuta.....	96
8.2.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	97
8.2.2 Características do Fisioterapeuta .....	101
8.2.3 Inventário de aliança terapêutica - WAI .....	102

## Índice de Ilustrações

Tabela 1. Versão Original, traduções, retrotraduções e versão reduzida do WAI Terapeuta.....	26
Tabela 2. Caracterização da amostra pacientes .....	34
Tabela 3. Caracterização da amostra Fisioterapeutas.....	35
Tabela 4. Consistência Interna Alpha de Crombach ( $CCI_{(2,1)}$ ) .....	36
Tabela 5. Análise de Confiabilidade ( $CCI_{(2,1)}$ , EPM, MMD, Efeito Teto e Solo).....	36
Tabela 6. Análise de Validade (Matriz de correlação- Spearman´s Rho Coefficient) ...	37
Tabela 7. Comparação entre <i>baseline</i> e 2 meses após a primeira sessão .....	37
Tabela 8. Análise de Responsividade Interna .....	38
Tabela 9. Item-fit estatística para as questões do WAI Paciente .....	39
Tabela 10. Item-fit estatística para as questões do WAI Terapeuta .....	39
Tabela 11. Parâmetros de facilidade WAI Paciente .....	40
Tabela 12. Parâmetros de facilidade WAI Terapeuta.....	40
Tabela 13. Questões originais, aperfeiçoadas e justificativa para o aperfeiçoamento WAI Paciente.....	43
Tabela 14. Questões originais, aperfeiçoadas e justificativa para o aperfeiçoamento WAI Terapeuta.....	44
Figura 1. Distribuição dos parâmetros de facilidade WAI Paciente.....	41
Figura 2. Distribuição dos parâmetros de facilidade WAI Terapeuta.....	42
Figura 3. <i>Working Alliance Inventory</i> com as modificações sugeridas- WAI Paciente .	45
Figura 4: <i>Working Alliance Inventory</i> com as modificações sugeridas- WAI Terapeuta	47

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Revisão de Literatura

A dor lombar é uma condição extremamente prevalente, afeta cerca de 70% da população em algum momento da vida independente da ocupação. A dor lombar, do ponto de vista econômico, não é vista apenas como uma condição que afeta o paciente e seus familiares, mas como um problema social, afetando a comunidade, a indústria e os governos (MATOS, HENNINGTON & HOEFEL, 2008). Segundo a organização Pan-Americana de saúde, a dor lombar é considerada como sendo um dos três maiores problemas de saúde ocupacional da América Latina e é uma das enfermidades sob a vigilância da organização mundial de saúde (CHOI et al., 2001). A prevalência de dor lombar crônica na população em geral varia de 5,9% a 11,1%, ocasionando um alto custo de tratamento (BAUMEISTER, KNECHT & HUTTER, 2012). Nos Estados Unidos representa cerca de 100 bilhões gastos por ano para conter a enfermidade (KATZ, 2006). Além disso, é considerado o problema de saúde mais comum para o qual exames de imagem são requisitados. O problema atingiu tal proporção que é descrito como epidemia (WADDELL, 1987).

Várias intervenções têm sido propostas na literatura para o tratamento da dor lombar, tais como: tratamentos com exercícios ativos (MOFFETT et al., 1999, HAYDEN et al., 2007), agentes eletrofísicos (FRENCH et al., 2006, ASSENDELFT et al., 2004), terapias manipulativas da coluna (HEYMANS et al., 2004), orientações educativas aos pacientes (OSTELO et al., 2003), abordagens baseadas em psicologia (terapia cognitivo-comportamental), (FURLAN et al., 2003), acupuntura (FURLAN et al., 2008), massagem (ROELOFS et al., 2007), tratamentos medicamentosos (STAAL et al., 2007, GIBSON et al., 2005) e cirúrgicos (GIBSON et al., 2007, ROGERS et al., 2009). Entretanto, até o presente momento, os efeitos dessas intervenções são pequenos ou no máximo, moderados. Portanto, não existe ainda na literatura um tratamento único para a dor lombar com respaldo científico definitivo.

Um dos fatores geralmente negligenciados nos ensaios clínicos e que podem estar interferindo no tamanho do efeito dos tratamentos é a aliança terapêutica, ou seja, a relação interpessoal entre o terapeuta e paciente durante o processo de administração de uma determinada intervenção (FERREIRA et al., 2013). A aliança



terapêutica é um conceito tradicionalmente abordado na prática e na pesquisa da psicoterapia (HORVATH, 1991). Na área da psicoterapia tem-se postulado que a aliança terapêutica, definida como colaborativa e efetiva relação entre terapeuta e paciente, é elemento essencial no processo terapêutico.

Artigos científicos na área da psicoterapia evidenciam a importância da relação terapeuta paciente no contexto clínico e a necessidade de quantificar essa relação através de instrumentos sensíveis.

Gaston (1990), pontua alguns aspectos relativamente independentes da aliança terapêutica: a relação efetiva do paciente com o terapeuta; a capacidade do paciente em trabalhar de modo intencional na terapia; a compreensão e envolvimento empáticos do terapeuta; o acordo do paciente nos objetivos da terapia.

Horwitz (1974), ao avaliar 42 pacientes sendo 21 em tratamento e 21 com orientações domiciliares, concluiu que ao contrário das expectativas a relação terapeuta paciente algumas vezes independe do tipo de tratamento, não sendo pré-requisito para a aliança terapêutica, sendo assim pacientes tem capacidade de ver os terapeutas como bom objeto de influência por meio da estabilização de uma forte relação terapeuta paciente, independente do tipo de tratamento que seja proposto durante a terapia.

Segundo Frank (1993), é necessário um “agente de cura”, no caso o terapeuta, um “sofredor” que procure alívio, no caso o por meio da relação com seu terapeuta. Assim, mesmo por meio de técnicas menos indicadas o paciente apresentaria melhorias, se a relação com seu cuidador fosse intensa e de confiança, caracterizando o princípio ativo da relação terapêutica.

A razão primária do estudo da aliança terapêutica é a busca pela qualidade da aliança, para subsequente resultado terapêutico, pensando neste contexto Martin (2000) mostrou que a qualidade da aliança é mais importante do que o tipo de tratamento.

Duas revisões sistemáticas com meta-análises (MARTIN et al., 2000, BORDIN, 1979) apontam para uma associação positiva entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia, sugerindo que na prática clínica os terapeutas invistam na formação e manutenção de boas alianças com os pacientes. Demonstrando os mesmos achados, Rice & Gaylin (1973) por meio de subdivisões entre grupos com diferentes tipos de relação terapeuta paciente, mostraram que os pacientes que

conseguiram obter maior capacidade de interação com o terapeuta, tiveram maior melhora clínica.

Horvath (2000), sintetiza vários dados relativos aos momentos iniciais do processo terapêutico, entre os quais: (1) ao fim da primeira sessão é possível antecipar se pacientes abandonarão a terapia; (2) a relação entre a qualidade da aliança e os resultados da terapia já é visível à terceira sessão; (3) as bases de uma boa relação terapêutica são estabelecidas entre a terceira e a quinta sessão. São necessárias doze semanas no máximo para que a relação terapeuta paciente possa ser quantificada. É neste período que terapeuta e cliente têm a oportunidade capital para construir uma aliança baseada no respeito mútuo, confiança, compromisso e responsabilidade pelos objetivos da terapia.

Ainda que escassos artigos científicos recentes, na área da reabilitação, mostram forte impacto da relação terapeuta paciente (FERREIRA et al., 2013). Na neurologia e cardiologia alguns estudos preliminares mostram que a aliança positiva acarreta uma melhora no quadro algico. Segundo revisão sistemática na área da reabilitação, o conceito de aliança terapêutica foi introduzido apenas recentemente (PINTO et al., 2012).

Estudos clínicos têm mostrado que fatores psicológicos (depressão) e cognitivos tem tido maior impacto na dor lombar do que fatores biomecânicos (LINTON, 2000, KOLECK et al., 2005).

Ferreira et al. (2013) investigaram a relação entre pacientes com dor lombar e fisioterapeutas e verificaram que alianças positivas estabelecidas no início do tratamento estavam associadas com melhoras nos desfechos clínicos no final do tratamento. Entretanto, as ferramentas atuais para avaliar a relação paciente terapeuta foram desenvolvidas para uso em ambientes de psicoterapia, e não foram validados para uso em ambientes de reabilitação (HALL et al., 2012).

Portanto, alta prevalência e falta de tratamento definitivo para a dor lombar, faz com que fatores além da intervenção propriamente dita, como a aliança terapêutica entre pacientes e terapeutas, sejam abordados em pesquisas científicas e sua influência nos resultados do tratamento seja investigada.

Para que isto seja possível a utilização de um instrumento adequado para medir esta relação terapêutica é de extrema importância. Na maioria dos estudos anteriormente apresentados o questionário WAI (*Working Alliance Inventory*) tem

sido este instrumento; no entanto, uma adequação para sua utilização no Brasil ainda não foi realizada.

## **1.2 O Instrumento *Working Alliance Inventory***

Embora não exista uma definição universal aceita sobre aliança terapêutica, o modelo de Bordin (1979) é aquele que tem sido utilizado como consenso. Segundo o mesmo aliança terapêutica pode ser definida e elaborada com aplicabilidade universal para direcionar novas pesquisas.

Segundo Bordin (1979) este modelo, aliança terapêutica é definida como a relação de colaboração mútua entre o terapeuta e o paciente, marcada por concordâncias entre ambos e constituída por três dimensões: vínculos, objetivos e tarefas. Atualmente, acredita-se que a aliança entre o terapeuta e o paciente seja um componente vital não apenas em psicoterapia, mas em qualquer processo de mudança que envolva interação e colaboração entre indivíduos, incluindo a relação entre terapeuta e paciente no contexto da fisioterapia (BURNS et al., 1999, HORVATH & GREENBERG, 1989).

O fundamento da pesquisa da aliança terapêutica trás recentes pesquisas desenvolvidas que se baseiam na construção do WAI em distinguir entre outras relações, variáveis como transferência, empatia e a real relação terapeuta paciente (HORVATH, 1991).

Um dos instrumentos utilizados para mensurar a aliança terapêutica é o WAI, um questionário, com versões para paciente, terapeuta e observador, para avaliar a aliança terapêutica e pode ser encontrado na versão completa (36 questões) (TRACEY & KOKOTOVIC, 1989) e reduzida (12 questões) sendo que esta última demonstrou melhores propriedades psicométricas (HATCHER & GILLASPY, 2006). O WAI tem como objetivo abordar as 3 dimensões do modelo de Bordin (1979), (PRIEL et al., 1991) e por isso apresenta três subescalas (TRACEY & KOKOTOVIC, 1989). As subescalas são: tarefas, vínculos e objetivos.

A dimensão “Objetivos” refere-se aos resultados esperados pelo paciente e pelo terapeuta, quer a curto quer a longo prazo, ou seja uma concordância acerca das metas do trabalho terapêutico. Com frequência há desejo de rápidas melhoras logo no início da terapia por parte dos pacientes, nem sempre acompanhado pelas expectativas dos terapeutas, que sabem que o processo terapêutico poderá permitir,

ou não, esses ganhos iniciais. Assim considera que a negociação em torno dos objetivos é fundamental para a construção de uma aliança sólida e para o bom êxito do processo terapêutico. A colaboração entre terapeuta e paciente na escolha dos objetivos influencia positivamente os resultados terapêuticos, na medida em que aumenta a capacidade de colaboração e a autonomia do cliente para lidar com os seus problemas.

Na dimensão “Tarefas” são consideradas as atividades específicas em que terapeuta e paciente se envolvem para a facilitação da mudança. Ou seja, são os meios pelos quais ambos esperam concretizar os objetivos acordados, dependendo da clareza com que o terapeuta as consiga associar à maneira como o cliente sente suas dificuldades e à sua motivação para a mudança. Portanto, é essencial o consenso entre os dois a estas abordagens terapêuticas, ainda que a sua escolha pertença primeiramente ao terapeuta. A definição das tarefas pode envolver negociação entre terapeuta e paciente, tendo em vista, sobretudo, a compreensão da pertinência dos mesmos pelo último, de modo a que ele continue desempenhando o seu papel ativo na terapia.

Já, a dimensão “Vínculos” está ligada à natureza das relações humanas, e pode por isso também ser caracterizada pelos aspectos associados ao relacionamento interpessoal, ou seja, a ligação afetiva entre o terapeuta e o paciente, e nele estão contidos aspectos como a confiança e o respeito mútuos, a aceitação, a confidência, a empatia, o compromisso, a compreensão partilhada. A relação é fortalecida quando ocorre três ou mais vezes por semana durante três meses ou menos (BORDIN, 1979).

Dentre as versões do WAI, a versão reduzida do WAI Paciente é a única que se encontra traduzida para o português, realizada por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu, porém usada para o contexto da psicoterapia e não para fisioterapia. Outro instrumento semelhante usado apenas para avaliar a aliança terapêutica do ponto de vista do paciente é a *Session Rating Scale* (SRS) (TERWEE et al., 2007), que ainda não possui tradução para a língua portuguesa.

Frente aos pontos citados é de extrema relevância um instrumento que consiga avaliar quantitativamente a relação terapeuta paciente.

Diante da importância de uma análise consistente para avaliação das propriedades psicométricas, o modelo Rasch utilizado neste estudo, atualmente é a forma mais consistente para avaliar o instrumento segundo os parâmetros de

validade do constructo, dimensionalidade, item de aperfeiçoamento e consistência interna, desta forma permitindo que as questões sejam reformuladas, modificadas e/ou excluídas (BOND & FOX, 2007).

## 2. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo geral investigar a capacidade do questionário WAI versão Terapeuta e Paciente, em avaliar a aliança terapêutica em pacientes com dor lombar submetidos ao tratamento fisioterápico.

Dessa forma, os seguintes objetivos específicos foram estabelecidos:

- Traduzir e adaptar a versão reduzida (12 itens) do *Working Alliance Inventory* (WAI - versão do terapeuta) e do *Session Rating Scale* (SRS – apenas na versão paciente), para a população brasileira conforme as normas propostas por Beaton et al. (2000), (WALTER et al., 1998).
- Testar as propriedades psicométricas do WAI (Terapeuta e Paciente), por meio da investigação da confiabilidade teste/reteste, validade concorrente, consistência interna e efeitos teto e solo do WAI versões do Paciente e Terapeuta do WAI.
- Investigar a responsividade entre *baseline* e 2 meses após a primeira sessão dos questionários de aliança terapêutica para as variáveis: dor, incapacidade, satisfação, causalidade (crença) e função.
- Realizar análise Rasch, a fim de saber quais questões apresentam problemas estruturais e assim propor reformulações, modificações e/ou exclusões.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Amostra**

Para este estudo foram recrutados 100 pacientes, com histórico de dor lombar e 18 fisioterapeutas, no período de março de 2013 a fevereiro de 2014 na clínica de fisioterapia Ceafir da FCT-UNESP e em clínicas particulares da cidade de Presidente Prudente. O cálculo da amostra deste estudo foi baseado nos algoritmos de Walter et al. (1998), em que para validação de instrumentos é necessário no mínimo 50 indivíduos.

Os pacientes foram incluídos se apresentassem sintomas relacionados à dor lombar aguda (até 4 semanas), sub-aguda (entre 4 e 12 semanas) ou crônica (maior que 12 semanas) com ou sem dor referida para a perna, mas sem déficit neurológico (atestados por pelo menos 2 dentre 3 testes: testes de reflexos, testes sensitivos e testes de miótomos). Os pacientes deveriam apresentar pontuação de no mínimo 2 pontos de incapacidade no Questionário *Roland Morris Disability* – escala 0-24 (NUSBAUM, 2001) e no mínimo de 2 unidades na Escala Numérica para Dor 0–10 (ROSS, 1997) para avaliação da dor. Foram também incluídos os pacientes que apresentaram os seguintes diagnósticos médicos: osteoartrite, grau I de espondilólise e espondilolistese, protusão/herniação/prolapso discal ou estenose vertebral.

Os pacientes foram excluídos se: i) submetidos à cirurgia de coluna ou abdominal nos últimos 12 meses; ii) apresentar exame que comprove gravidez; iii) houver suspeita ou diagnóstico de enfermidade grave na coluna (espondiloartropatias inflamatórias, fraturas, tumor maligno, síndrome da cauda eqüina, ou infecção); e iv) com contra-indicação ao exercício físico.

Para ser incluído, o Fisioterapeuta deveria ser o responsável direto pela realização da avaliação e do tratamento dos pacientes incluídos. Pacientes e fisioterapeutas assinaram o termo de consentimento para participação na coleta de dados (ANEXO 8.1.3 e 8.2.1).

#### **3.2 Instrumentos**

Para a caracterização do grupo de indivíduos pertencentes ao grupo pacientes foram coletados dados em relação às variáveis de dor, incapacidade,

função, causalidade (crença) e satisfação, por meio dos seguintes instrumentos, respectivamente: a Escala Numérica para Dor (ROSS, 1997), o Questionário *Roland Morris Disability* adaptado a população brasileira (NUSBAUM, 2001), a Escala de Função Específica do Paciente (WESTAWAY, 1998), o questionário multidimensional de Locus de Controle da Saúde adaptada a população brasileira (OLIVEIRA, 2008), o questionário TAMPA de cinesiofobia adaptado a população brasileira (SIQUEIRA, 2007) e o questionário de Satisfação a respeito do tratamento recebido (BEATTIE, 2005). Foram coletados ainda dados adicionais que serviram para caracterizar o perfil dos pacientes quanto à idade, sexo, IMC, duração dos sintomas, vínculo empregatício, tipo de convênio (ANEXO 8.1.4). E caracterização do perfil dos fisioterapeutas quanto à idade, sexo, tempo de experiência, número de sessões, adesão as sessões, exercícios domiciliares e tratamento realizado (ANEXO 8.2.2).

Para mensurar a aliança terapêutica foi empregado o questionário WAI (HORVATH & GREENBERG, 1989). A versão para paciente que foi utilizada neste estudo foi a versão reduzida de Hatcher e Gillaspay (2006), versão em português por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu (1999), e fornecido via email pelo próprio autor, Horvath. A versão reduzida de Hatcher & Gillaspay (2006) foi recomendada pelo próprio Horvath por apresentar melhores propriedades psicométricas do que a versão anterior de Tracey e Kokotovic (1989). Para avaliar as perspectivas da aliança terapêutica sob o ponto de vista dos fisioterapeutas foi realizado a tradução e adaptação para o português das versões reduzidas para o terapeuta (TRACEY & KOKOTOVIC, 1989).

As versões resumidas do WAI Paciente e WAI Terapeuta apresentam três subescalas com 4 itens para cada, sendo os 12 itens dispostos aleatoriamente. A versão do WAI Paciente é avaliada num espectro de 5 itens (raramente- sempre) sua pontuação varia de 12 a 60 pontos, enquanto que a versão do terapeuta é avaliada num espectro de 7 itens (nunca- sempre) tendo pontuação que varia de 12 a 84 pontos. As subescalas são: *Objetivos*, subescala que caracteriza pela negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e paciente acerca dos objetivos da terapia em termos de resultados referente aos itens 4, 6, 8, 11; *Tarefas*, que se refere à atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para instigar ou facilitar as mudanças referentes aos itens 1, 2, 10, 12; e *Vínculos*, referem-se a ligações pessoais entre paciente e terapeuta, que se desenvolvem na atividade



compartilhada do tratamento referente aos itens 3, 5, 7, 9. É expresso e sentido em termos de amizade, simpatia, confiança, respeito pelo outro e um senso de comprometimento comum e um entendimento compartilhado das atividades.

Foi utilizada ainda o SRS (DUNCAN et al., 2003) para a validade concorrente com a versão para paciente do WAI. Esse questionário consiste em 4 itens avaliados separadamente em escalas visuais analógicas de 10 cm, cada item pode variar de 0 a 10 pontos e o total de 0 a 40 pontos, sendo qualquer pontuação inferior a 36 considerada preocupante. Cada uma dessas escalas abordam diferentes conceitos teóricos. A primeira é a subescala *Relacionamento*, na qual o paciente avalia a sessão numa escala contínua de “Eu não me senti ouvido, compreendido e respeitado” até “Eu me senti ouvido, compreendido e respeitado”. Na segunda subescala sobre *Objetivos e Tópicos*, o paciente avalia a sessão numa escala contínua de “Nós não trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar a respeito” até “Nós trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar”. Na terceira subescala chamada de *Abordagem ou Método*, o paciente descreve sua impressão em uma escala contínua de “A abordagem do terapeuta não é bem adequada para mim” até “A abordagem do terapeuta é bem adequada para mim”. A última escala conhecida como escala *Geral*, o paciente descreve sua impressão geral da sessão numa escala contínua de “Tinha alguma coisa faltando na sessão de hoje” até “Em geral, a sessão de hoje foi certa/ boa para mim”. A perspectiva ligeiramente diferente é fornecida por Gaston (1990), que reitera os grandes temas da aliança, mas também enfatiza que a congruência entre o paciente e as crenças do terapeuta sobre como as pessoas se relacionam na terapia é fundamental para que a aliança seja fortalecida. O SRS foi adaptado a partir da definição clássica da aliança por Bordin (DUNCAN et al., 2003).

O Anexo 8.1 inclui todos os questionários que foram utilizados para coletar dados dos pacientes e o Anexo 8.2 estão os questionários para a coleta de dados relativos ao terapeuta.

### **3.3 Procedimentos**

#### **3.3.1 Tradução e adaptação dos questionários WAI (versão terapeuta) e SRS**

As traduções dos questionários WAI (versão terapeuta) e do SRS seguiram as normas propostas por Beaton et al. (2000). Na primeira fase da tradução, dois

indivíduos bilíngües foram responsáveis em traduzir para o português a versão original do terapeuta do questionário de aliança terapêutica WAI e da versão (para paciente) original do SRS. Após esta primeira tradução, um comitê bilíngüe (n=4) preparou um consenso da versão Brasileira-Portuguesa dos questionários. Na segunda fase, dois professores de Inglês sem conhecimento do objetivo do presente estudo realizaram a re-tradução da versão consenso novamente para o inglês. Na última fase, um comitê de *experts* (n=4) produziu a versão final dos questionários WAI (versão terapeuta) e SRS, considerando o questionário original, as traduções iniciais para o português, o consenso das traduções iniciais e as re-traduições feitas na segunda fase (Tabela 1). O questionário SRS teve tradução direta e não alterou em nada da fase 2 para a última fase, por ser um questionário simples. Esta parte do estudo foi conduzida no ano de 2011 pela equipe do pesquisador responsável por este trabalho e pesquisadores da Universidade de Sydney na Austrália.

**Tabela 1. Versão Original, traduções, retrotraduções e versão reduzida do WAI Terapeuta**

Versão Original	Traduções	Retrotraduções	Versão Sintética
1. _____ and I agree about the steps to be taken to improve his/her situation.	1. _____ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.	T1. _____ and I always agree on the steps that should be taken in order to improve his/her/your situation. T2. _____ and I agree about the steps that must be taken to improve his situation.	1. _____ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.
2. My client and I both feel confident about the usefulness of our current activity in therapy.	2. Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação ao valor da nossa atividade atual no tratamento/terapia.	T1. My client and I feel confident about the meaning of our current activity in the treatment/therapy. T2. My client and I feel confident towards the value of our current activity in the treatment/therapy.	2. Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação a utilidade da nossa atual atividade no tratamento.
3. I believe _____ likes me.	3. Eu acho que o/a _____ gosta de mim.	T1. I think _____ likes me. T2. I think (I suppose; I believe) that _____ likes me.	3. Eu acho que o/a _____ gosta de mim.

4. I have doubts about what we are trying to accomplish in therapy.	4. Eu tenho dúvidas sobre o que tentamos conseguir no tratamento/terapia.	T1. I'm doubtful about what we try to accomplish in the treatment/therapy. T2. I have doubts about what we've been trying to achieve in the treatment/therapy.(I have doubts about what we tried to achieve in the treatment/therapy).	4.Eu tenho dúvidas sobre o que estamos tentando conseguir no tratamento.
5. I am confident in my ability to help _____.	5. Eu tenho confiança na minha capacidade para ajudar o/a _____.	T1. I'm confident about my capacity to help _____. T2. I have confidence in my ability to help _____.	5.Eu tenho confiança na minha capacidade para ajudar o/a _____.
6. We are working towards mutually agreed upon goals.	6. Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos estabelecidos em conjunto.	T1. We have been working so as to reach the goals set together. T2. We are working to achieve the goals established together.	6.Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.
7. I appreciate _____ as a person.	7. Eu admiro a/o _____ como pessoa.	T1. I admire _____ as a person. T2. I admire _____ as a person.	7. Eu admiro a/o _____ como pessoa.
8. We agree on what is important for _____ to work on.	8. Nós estamos de acordo com o que é importante para o/a _____ praticar.	T1. We agree on what is important for _____ to practice. T2. We agree with what is important to _____ practice. (We are in agreement with what is important to).	8. Nós concordamos em relação ao que é importante para o/a _____ fazer.
9. _____ and I have built a mutual trust.	9. _____ e eu construímos uma confiança mútua.	T1. _____ and I build mutual confidence. T2. _____ built a mutual trust.	9. _____ e eu construímos uma confiança mútua.
10. _____ and I have different ideas on what his/her real problems are.	10. _____ e eu temos idéias diferentes sobre o seu problema real/verdadeiro.	T1. _____ and I have different ideas about his or her real/true problem. T2. _____ and I have different ideas about his real/true problem.	10. _____ e eu temos ideias diferentes sobre o seu real problema.

<p>11. We have established a good understanding between us of the kind of changes that would be good for _____.</p>	<p>11. Nós estabelecemos um bom entendimento entre nós quanto às mudanças que seriam boas para o/a _____.</p>	<p>T1. We have a nice understanding between us in regard to changes that would be beneficial for _____.</p> <p>T2. We have established a good understanding between us about the changes that would be good for _____.</p>	<p>11. Nós estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o/a _____.</p>
<p>12. _____ believes the way we are working with her/his problem is correct.</p>	<p>12. _____ acredita que o modo como estamos trabalhando o seu problema é correto.</p>	<p>T1. _____ believes the way in which we've been working on his/her problem is correct.</p> <p>T2. _____ believes the way we are working his problem is correct.</p>	<p>12. _____ acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.</p>

### 3.3.2 Aplicação dos questionários e Coleta de Dados

Segundo instruções do próprio questionário WAI Paciente recomenda-se alterar a questão 4 (Eu tenho dúvidas sobre o que estamos tentando conseguir no tratamento.) e 10 (Meu terapeuta e eu temos ideias diferentes sobre o meu real problema.) para a escala inversa, a fim de prender a atenção dos respondentes, porém tal sugestão foi desconsiderada, uma vez que o questionário era lido em voz alta, assim o fator confundidor não teria ação contundente. No entanto na versão WAI Terapeuta as questões se mantiverem inversas, uma vez que o questionário era respondido pelos terapeutas sozinhos, sem auxílio do investigador. Tal fato neste caso foi positivo para testar as propriedades psicométricas do instrumento.

Os pacientes receberam todos os questionários, que foram lidos pelo investigador a fim de fazer com que todos os indivíduos respondessem todos os itens, a maneira com que entendessem o que lhes era perguntado, a fim de evitar que qualquer item ficasse em branco.

Já os fisioterapeutas auto administraram os questionários, sem a necessidade que o investigador lesse ou fizesse qualquer tipo de explicação referente as perguntas.

Os dados foram coletados em três momentos: após a primeira sessão, antes da segunda sessão a fim de verificar se o instrumento WAI é reprodutível e 2 meses após a primeira sessão.

### 3.4 Análise Estatística

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva para caracterização da amostra do presente estudo. Em seguida, para a avaliação das propriedades psicométricas os seguintes testes foram utilizados (TERWEE et al., 2007):

- 1- Consistência interna (homogeneidade) foi avaliada pelo teste Alpha de Crombach.
- 2- Análise de Confiabilidade foi avaliado usando Coeficiente de Correlação Intraclasse –  $CCI_{(2,1)}$ , bem como potenciais efeitos teto e solo.
- 3- Análise da Validade Concorrente por meio da matriz de correlação de Spearman's, correlacionando a pontuação final do WAI Paciente com o SRS, WAI Terapeuta com SRS e WAI Paciente com WAI Terapeuta.
- 4- Foi avaliada a comparação entre os dados do *baseline* e 2 meses após a primeira sessão, utilizou-se o Teste t pareado para variáveis normais e o teste de Wilcoxon para variáveis não normais.
- 5- Análise de responsividade interna com os principais questionários a fim de avaliar o tamanho do efeito, por meio da fórmula: Tamanho do Efeito= Média Pré Tratamento – Média Pós Tratamento/ Desvio Padrão do Pré Tratamento.
- 6- Análise Rasch a fim de saber quais questões apresentavam problemas estruturais e assim propor mudanças e/ou reformulações.

As análises foram realizadas utilizando o *software* SPSS versão 17.1 e pelo software R i386 3.1.0, pacote *Partial Credit Model*, para avaliar o ajuste dos itens ao modelo Rasch.

#### 3.4.1 Análise Descritiva

A análise descritiva foi realizada a fim de caracterizar a população deste estudo. Inicialmente foi feita a verificação da normalidade dos dados por meio do teste de *Kolmogorov Smirnov*, desta forma para dados normais foi realizado média e desvio padrão (DP), para dados não normais mediana e intervalo interquartilico (IIQ). Dados de frequência foram reportados por meio do número de pacientes (N) e proporção (%).

### **3.4.2 Análise de Consistência Interna (Alpha de Crombach)**

Para a análise de consistência interna foi utilizado o Alpha de Crombach a fim de verificar se o WAI releva a sua capacidade efetiva de medir aquilo para o qual foi criado, e pressupõe os mesmos resultados em várias experiências.

Por fim, a fidedignidade dos itens e das pessoas e a replicabilidade, ou seja, a dificuldade e habilidade foram calculadas. Esses coeficientes variam de 0,00 a 1,00 sendo o valor de referência  $>0,70$  (BOND & FOX, 2007).

### **3.4.3 Análise de Confiabilidade (CCI<sub>(2,1)</sub>, EPM, MMD, Efeito Teto e Solo)**

Para análise de confiabilidade intra-examinador, foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI<sub>(2,1)</sub>), a fim de verificar se o WAI é um instrumento que reproduz a mesma medida do paciente, considerando um intervalo de no máximo uma semana, sendo considerado esses coeficientes variando de 0,00 a 1,00, sendo o valor de referência  $>0,70$  (BOND & FOX, 2007). O erro padrão da medida (EPM) reflete a variabilidade associada com o escore de cada indivíduo no questionário. Por meio da análise do EPM podemos verificar o erro comumente associado à aplicação do questionário. A mínima mudança detectável (MMD) foi realizada para calcular a mudança mínima necessária entre o *baseline* e o 2 meses após a primeira sessão nos questionários WAI Paciente, WAI Terapeuta e SRS. Desta forma foi realizado o cálculo do  $EPM = S \sqrt{1-ICC}$  e posteriormente  $MMD = 1,96\sqrt{2}.EPM$ .

A análise de efeito teto e solo, a fim de analisar a sensibilidade do instrumento, dizem respeito à proporção da população que responde a nota máxima (efeito teto) e a nota mínima (efeito solo) do questionário. Nesta análise, quando mais de 15% dos indivíduos respondem a pontuação máxima e/ou mínima consideramos a presença respectivamente do efeito teto e solo (MCHORNEY & TARLOV, 1995).

### **3.4.4 Análise de Validade Concorrente (Matriz de Correlação Spearman's)**

A análise de validade concorrente consiste em avaliar a correlação entre dois instrumentos que foram construídos para mensurar o mesmo constructo. No presente estudo utilizamos o SRS como parâmetro para o WAI Paciente. Para esta análise utilizamos a correlação de Spearman's para determinar a correlação entre

esses dois questionários. Como não foi encontrado nenhum instrumento semelhante ao WAI Terapeuta para mensurar a aliança terapêutica sob o ponto de vista do terapeuta, foi realizado em caráter exploratório a correlação: entre WAI Terapeuta e o SRS; e entre o WAI Terapeuta e o WAI Paciente, a fim de verificar se a aliança terapêutica sob o ponto de vista dos terapeutas se aproxima (ou se associa) da aliança terapêutica reportada pelos pacientes.

Neste caso, a magnitude da associação foi interpretado de acordo com os seguintes critérios: pouca ou nenhuma relação (0,00-0,25), relação razoável (0,25-0,50), relação moderada para boa (0,50-0,75), e relação boa para excelente (acima de 0,75) (PORTNEY & WATKINS, 2000).

#### **3.4.5 Comparação entre os dados do *baseline* e 2 meses após a primeira sessão**

Inicialmente foi realizada a verificação da normalidade de todas as variáveis analisadas, constatando-se que a variável WAI Paciente, SRS, Locus de Controle Acaso, foram consideradas não paramétricas.

Para a análise de comparação entre o *baseline* e 2 meses após a primeira sessão utilizou-se o Teste t pareado para variáveis normais e o teste de Wilcoxon para variáveis não normais.

O objetivo desta análise foi verificar o efeito do tratamento nos constructos avaliados pelos questionários.

#### **3.4.6 Análise de Responsividade Interna**

Para a análise de responsividade interna realizada pela fórmula: Tamanho do Efeito= Média Pré Tratamento – Média Pós Tratamento/ Desvio Padrão do Pré Tratamento, com intervalo de confiança de 84%, a fim de verificar se os questionários são capazes de detectar a mudança verdadeira. Essa análise foi realizada apenas para as seguintes variáveis: dor, função e aliança terapêutica.

Para a interpretação dessa análise foram utilizados os seguintes parâmetros: Um tamanho de efeito igual 0,20 ou menor foi considerado “pequeno”, um valor de 0,50 é considerado “moderado”, enquanto que um valor igual a 0,80 ou maior foi considerado como “grande” (HUSTED et al., 2000).

### 3.4.7 Análise Rasch

Foi utilizado o software R i386 3.1.0 para avaliar o ajuste dos itens ao modelo Rasch, para dados politômicos com o pacote estatístico *Partial Credit Model*. O modelo Rasch é um conjunto de ferramentas estatísticas que apresenta potencial considerável no campo de investigações, esse conjunto permite a construção de escalas de mensuração que colapsam em mesmo nível de habilidade das pessoas e o grau de dificuldade dos itens, propondo que uma resposta positiva a um item se refere a habilidade, neste contexto a habilidade designa o nível de traço latente do indivíduo ou da característica a ser avaliada, sendo termo empregado para se referir a qualquer assunto avaliado em pesquisas científicas, bem como a dificuldade em responder o questionário em questão.

#### 3.4.7.1 Validade do Construto

Programas computadorizados específicos para análise Rasch, como por exemplo, o Software R para dados politômicos *Partial Credit Model*, calculam tanto a calibração dos itens e as medidas das pessoas como valores de MnSq e de t associado a essa estimativa. Esses valores indicam se os padrões de resposta atendem aos pressupostos do modelo.

O ajuste individual dos itens ao modelo Rasch foi avaliado pelos índices *infit* e *outfit*, que quantificam resíduos para os itens com relação ao modelo. Sendo considerados aceitáveis valores entre 0,70 a 1,30 (WRIGHT & LINACRE, 1994). Valores MnSq > que 1,3 indicam que os escores nesse item foram imprevisíveis ou erráticos. Em outras palavras, inesperadamente pessoas menos capazes receberam escores altos nos itens difíceis ou vice-versa. Isso indica que ou o item não combina com os outros para definir um contínuo de habilidade ou existem problemas na sua definição, sendo necessária revisão para que ocorra enquadramento. Em contrapartida, MnSq < 0,7 indica pouca variabilidade de escores naquele item, ou seja, o padrão de resposta foi previsível ou determinista. O primeiro resultado representa grande ameaça para a validade do teste, já o segundo sinaliza que o item não discrimina pessoas com diferentes níveis funcionais, contribuindo pouco para a definição do constructo (WRIGHT & LINACRE, 1989).

A unidimensionalidade do instrumento, por sua vez, foi avaliada pela análise de componentes principais dos resíduos do modelo, que é considerado o



procedimento mais adequado para investigar possíveis dimensões salientes presentes nos dados. Adotou-se o critério de considerar como violação substancial da unidimensionalidade todo autovalor  $t > \pm 2,0$  para contraste principal (LINACRE, 2006).

#### **3.4.7.2 Dimensionalidade**

A escala para as medidas de habilidade dos indivíduos e dificuldade dos itens é uma escala de *logits*, que varia teoricamente do infinito negativo ao infinito positivo, mas na prática a distribuição das questões foram estratificadas entre +3 e -3 (BOND & FOX, 2007).

Quanto mais capaz uma pessoa, maior sua probabilidade de receber escores altos em todos os itens, fáceis ou difíceis. Quanto mais fácil o item, maior a probabilidade de qualquer pessoa receber escore alto. Quando todos os itens de um teste atendem a essas expectativas, significa que o teste se enquadra no modelo e a probabilidade é de que indivíduos com mais competência tenham escores mais altos que aqueles com menos competência (WRIGHT & LINACRE, 1989).

#### **3.4.7.3 Item de Aperfeiçoamento**

A análise de Rasch fornece uma oportunidade para analisar as zonas, em que as medições da construção podem ser melhoradas seja por redundância, itens que faltam ou por discrepância das questões frente ao objetivo do questionário. Desta forma questões que apresentaram problemas foram aperfeiçoadas, por meio das sugestões de modificação para o instrumento.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da amostra

A amostra dos pacientes foi constituída por 100 indivíduos, sendo 54% (N=54) do sexo feminino. Com relação ao vínculo empregatício 47% (N=47) eram trabalhadores e 53% (N=53) estavam afastados. A idade média (DP) dos participantes foi de 47,8 ( $\pm$  15,4). A idade mínima da amostra foi de 18 anos e a máxima de 88.

O IMC médio (DP) dos pacientes foi de 27,7 ( $\pm$  5,4). Um total de 51% (N=51) dos pacientes foram diagnosticados com dor lombar não específica e um total de 76% (N=76) dos pacientes apresentaram episódios recorrentes de dor lombar. Com relação a duração dos sintomas e ao tipo de convênio, mais da metade da amostra foi composta de pacientes crônicos e pacientes particulares (Tabela 2).

A amostra dos terapeutas foi constituída por 18 terapeutas, sendo que mais de um terço dos terapeutas eram do do sexo feminino. A idade média (DP) dos terapeutas foi de 25,6 anos ( $\pm$  4,3), sendo mais de 50% da amostra com experiência menor que 3 anos. O número médio de sessões (DP) que os terapeutas precisaram para tratar os pacientes foi de 13,4 ( $\pm$  7,0) sessões por paciente. A grande maioria dos terapeutas (95%) reportaram uma boa adesão dos pacientes ao tratamento. A terapia manual e exercícios foram os recursos terapêuticos mais utilizados pelo terapeutas. É importante ressaltar também que mais da metade dos terapeutas optaram por prescrever exercícios domiciliares (Tabela 3).

Com relação ao total de pacientes, 100 pacientes responderam a primeira coleta, 97 a segunda coleta e 89 pacientes responderam a coleta de 2 meses após a primeira sessão. Na segunda coleta em dois casos houve abandono do paciente frente ao tratamento e em um caso específico por abandono do terapeuta na segunda sessão. Na terceira coleta onze pacientes foram excluídos por se recusarem a responder os questionários ou por não conseguirem ser contactados.

**Tabela 2. Caracterização da amostra pacientes**

<b>Paciente (n=100)</b>	<b>Média (DP)</b>
Idade (anos)	47,8 $\pm$ 15,4
Sexo (% mulheres)	54 (54%)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,7 $\pm$ 5,4

Dor lombar específica (%)	49 (49%)
Dor lombar não específica (%)	51 (51%)
Vínculo Empregatício Trabalhador (%)	47 (47%)
Vínculo Empregatício Afastado (%)	53 (53%)
Tipo de Convênio Particular (%)	54 (54%)
Tipo de Convênio Público (%)	46 (46%)
Recorrente (%)	76 (76%)
Não Recorrente (%)	24 (24%)
Sintomas < 4 semanas (% aguda)	22 (22%)
Sintomas > 4 semanas < 12 semanas (% subaguda)	26 (26%)
Sintomas > 12 semanas (% crônica)	52 (52%)

Dados são referentes a médias (desvio padrão) ou números de participantes (porcentagem). IMC (índice de massa corporal).

**Tabela 3. Caracterização da amostra Fisioterapeutas**

Terapeuta (n=18)	Média (DP)
Idade (anos)	25,6 ±4,3
Sexo (% mulheres)	14 (77%)
Tempo de experiência (meses)	30 (IIQ=37)
Número de sessões	13,4 ±7,0
Adesão as sessões (%)	95%
Exercícios domiciliares prescritos (%)	64,8%
Exercícios domiciliares não prescritos (%)	34,4%
Tratamento realizado terapia manual (%)	50,6%
Tratamento realizado exercícios (%)	34,9%
Tratamento realizado eletrotermoterapia (%)	14,4%

Dados são referentes a médias (desvio padrão) ou números de participantes (porcentagem), mediana (intervalo interquartilico).

## 4.2 Análise de Consistência Interna (Alpha de Crombach)

A partir da análise de consistência interna, a subescala WAI Paciente Tarefa atingiu 0,52, Objetivos 0,58 e Vínculos 0,62. Já o WAI Terapeuta 0,81; 0,79; 0,58 respectivamente (Tabela 4).

Na versão WAI Paciente das três subescalas analisadas, nenhuma atingiu (> 0,70) de consistência interna necessária, assim o nível não foi considerado satisfatório para essa análise, porém houve aumento do *score* após exclusão dos itens mencionados.

Já em relação a versão WAI Terapeuta das três subescalas analisadas, duas atingiram  $> 0,70$  de consistência interna necessária sendo considerada satisfatória (Tabela 4).

**Tabela 4. Consistência Interna Alpha de Crombach ( $CCI_{(2,1)}$ )**

	Paciente			Terapeuta		
	WAI-Tarefa	WAI-Objetivos	WAI-Vinculos	WAI-Tarefa	WAI-Objetivos	WAI-Vinculos
Alpha Crombach (todos itens)	0,52	0,58	0,62	0,81	0,79	0,58
Alpha Crombach* (Item deletado)	0,53 (Item 10)	0,61 (Item 11)	0,68 (Item 5)	---	---	0,65 (Item 5)

WAI Paciente: Subescalas divididas em objetivos (itens 4,6,8 e 11), tarefas (itens 1,2,10 e 12) e vínculos (itens 3,5, 7 e 9).

WAI Terapeuta: Subescalas divididas em objetivos (itens 4,6,8 e 11), tarefas (itens 1,2,10 e 12) e vínculos (itens 3,5, 7 e 9)

\*Análise realizada após excluir item com pior *performance*.

#### 4.3 Análise de Confiabilidade ( $CCI_{(2,1)}$ , EPM, MMD, Efeito Teto e Solo)

Na análise de Confiabilidade os dados apresentaram confiabilidade excelente ( $>0,70$ ). Na Tabela 5, o resultado da análise do efeito teto e solo mostra que o questionário WAI Paciente e SRS obtiveram 26% e 58% respectivamente o que indica presença de efeito teto.

**Tabela 5. Análise de Confiabilidade ( $CCI_{(2,1)}$ , EPM, MMD, Efeito Teto e Solo)**

Questionarios	ICC <sub>2,1</sub> (95%IC)	SEM	MMD	% Teto*	% Solo*
WAI – Paciente	0,77 (0,70-0,83)	3,0	8,29	26	1
SRS – Paciente	0,79 (0,71-0,85)	1,83	5,05	58	1
WAI- Terapeuta	0,88 (0,83-0,91)	2,84	7,84	1	1

\*Proporção de indivíduos com a maior pontuação (efeito teto) ou a menor pontuação (efeito solo) no *Baseline*.

#### 4.4 Análise de Validade Concorrente (Matriz de Correlação Spearman's)

A Tabela 6 mostra o resultado da matriz de correlação, sendo que apenas a correlação entre o SRS e o WAI paciente foram considerados significativos. Nota-se a correlação positiva para a correlação entre os questionários WAI paciente e SRS;

e WAI Paciente e WAI Terapeuta. Este padrão de correlação se inverte para a correlação entre os questionários WAI Terapeuta e SRS.

**Tabela 6. Análise de Validade (Matriz de correlação- Spearman's Rho Coefficient)**

	SRS	WAI (Paciente)
SRS	-	0,39 (p≤ 0,001)
WAI (Terapeuta)	-0,14 (p=0,17)	0,09 (p= 0,37)

Índice de correlação com p valor.

#### 4.5 Comparação entre *Baseline* e 2 meses após a primeira sessão

Os questionários Locus de Controle Interno, Locus de Controle Externo, Escala Numérica para Dor, Satisfação, *Roland Morris*, Escala Funcional Específica e Tampa de Cinesiofobia apresentaram diferença no *baseline* comparado aos 2 meses após a primeira sessão estatisticamente significativa; o que indica que os indivíduos após tratamento tiveram melhora nas variáveis: causalidade (crença), dor, satisfação, função e cinesiofobia. No entanto, o questionário Locus de Controle Acaso, não apresentou estatística significativa (Tabela 7).

Os questionários SRS e WAI Paciente apresentaram  $p > 0,05$ ; desta forma a análise não foi estatisticamente significativa e nem clinicamente importante uma vez que a mudança no *baseline* e 2 meses após a primeira sessão foi inferior ao MMD= 5,05 e MMD= 8,29 respectivamente. Já questionário WAI Terapeuta apresentou  $p < 0,05$ ; entretanto apesar da análise ter sido estatisticamente significativa, a mesma não pode ser considerada clinicamente importante uma vez que a mudança no *baseline* e 2 meses após a primeira sessão foi inferior ao MMD encontrado para este questionário (MMD= 7,84).

**Tabela 7. Comparação entre *baseline* e 2 meses após a primeira sessão**

Questionários	Baseline	2 meses após a primeira sessão	P valor*
<b>Paciente</b>			
Locus Controle Interno (6-36)	28,2 ±6,7	27,6 ±6,7	0,00*
Locus Controle Externo (6-36)	26,9 ±5,8	24,9 ±6,0	0.00*
Locus Controle Acaso (6-36)	10,0 (IIQ=6)	8,0 (IIQ:13)	0.48
Dor (0-10)	5,6 ±2,4	3,7 ±3,1	0.00*
SRS (0-40)	40,0 (IIQ=3)	40,0 (IIQ:2)	0.66
WAI (12-60)	55,0 (IIQ=9)	57,0 (IIQ:6)	0.08
Satisfação (0-5)	4,5 ±0,4	4,4 ±0,7	0.00*
Roland Morris (0-24)	13,2 ±11,3	10,1 ±12,6	0.00*
Função (0-30)	12,3 ±6,7	18,6 ±8,1	0.00*
Tampa (0-68)	44,3 ±8,1	43,7 ±7,8	0.00*

<b>Terapeuta</b>			
WAI (12-84)	67,5 ±8,3	70,5 ±9,2	0.00*

Dados referentes a média e mediana no baseline e 2 meses após a primeira sessão.

\*P < 0,05 para ser considerado significativo.

#### 4.6 Análise de Responsividade Interna

Na Tabela 8, os questionários de Dor e Função, referentes a dor e funcionalidade respectivamente, obtiveram tamanho de efeito grande ( $\geq 0,80$ ), já o *Roland Morris* referente a incapacidade e o WAI Terapeuta referente a aliança terapêutica tamanho de efeito moderado (0,21-0,79) e os questionários SRS e WAI ambos referentes a aliança terapêutica, tamanho de efeito pequeno ( $\leq 0,20$ ).

**Tabela 8. Análise de Responsividade Interna**

Questionários	Tamanho do Efeito (84%IC)
<b>Paciente</b>	
Dor (0-10)	*0,80 (0,60;0,99)
Roland Morris (0-24)	*0,53 (0,38;0,67)
Função (0-30)	0,92 (0,78;1,09)
SRS (0-40)	0,05 (-0,22;0,11)
WAI (0-40)	0,15 (0,04;0,29)
<b>Terapeuta</b>	
WAI (12-84)	0,37 (0,29;0,49)

\*A fórmula foi invertida para que se tornasse positiva para facilitar a comparação com os questionários de interesse.

#### 4.7 Análise Rasch

A análise Rasch, *Partial Credit Model* para dados politômicos, permite a análise detalhada dos itens, com parâmetros específicos para detecção de respostas inesperadas ou erráticas, que contribuem para instabilidade nas medidas.

Devido a essas vantagens e à facilidade de visualização dos resultados, o modelo Rasch tem sido um dos procedimentos mais usados na avaliação de instrumentos de medida na área da reabilitação (SILVERSTEIN, 1992).

##### 4.7.1 Validade do Construto

Para a validade do construto os itens com *outfit* e *infit* com valores inferiores a 0,7 são considerados redundantes ou repetitivos e itens com valores acima de 1,3 são considerados fora do modelo ou da proposta do questionário (LINACRE, 2006).

Dentro deste contexto no questionário WAI Paciente as questões 5, 6, 8 e 11 não apresentaram *outfit* MnSq ( $> 0,7$ ) satisfatório (Tabela 9). Já o questionário WAI Terapeuta as questões 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12 não apresentaram *outfit* e *infit* MnSq ( $< 1,3$ ) e/ou *infit* e *outfit* t ( $< \pm 2,0$ ) satisfatórios e as questões 1, 2, 6, 8, 9, 11 e 12 não apresentaram *outfit* MnSq ( $> 0,7$ ) satisfatório. (Tabela 10).

**Tabela 9. Item-fit estatística para as questões do WAI Paciente**

	R <sup>2</sup>	p-valor	Outfit MnSq	Outfit t	Infit MnSq	Infit t
WAI_1	64,117	0,734	0,878	-0,55	0,820	-1,10
WAI_2	78,394	0,283	1,074	0,42	1,040	0,28
WAI_3	73,429	0,431	1,006	0,11	1,064	0,41
WAI_4	65,695	0,686	0,900	-0,18	0,999	0,05
WAI_5	39,814	0,999	0,545*	-0,69	0,927	-0,01
WAI_6	48,837	0,983	0,669*	-0,53	0,897	-0,38
WAI_7	63,389	0,756	0,868	-0,45	0,940	-0,35
WAI_8	23,138	1,000	0,317*	-1,60	0,653	-1,32
WAI_9	79,440	0,256	1,088	0,36	0,979	-0,07
WAI_10	70,967	0,512	0,972	0,06	1,053	0,28
WAI_11	45,668	0,993	0,626*	-0,89	0,861	-0,19
WAI_12	54,081	0,943	0,741	-0,38	0,962	-0,03

P>0,05 considerado significativo.

\* Itens redundantes e/ou previsíveis (MnSq < 0,7).

**Tabela 10. Item-fit estatística para as questões do WAI Terapeuta**

	R <sup>2</sup>	p-valor	Outfit MnSq	Outfit t	Infit MnSq	Infit t
WAI_1	44,834	1,000	0,453*	-3,55**	0,519*	-3,93**
WAI_2	51,284	1,000	0,518*	-3,64**	0,512*	-4,22**
WAI_3	16,891	0,000	1,706**	3,66**	1,852**	5,01**
WAI_4	238,579	0,000	2,410**	5,91**	1,489**	2,27**
WAI_5	85,333	0,816	0,862	-0,87	0,864	-0,89
WAI_6	45,439	1,000	0,459*	-3,95**	0,489*	-4,39**
WAI_7	19,324	0,000	1,973**	5,10**	2,022**	5,80**
WAI_8	46,537	1,000	0,470*	-4,23**	0,499*	-4,60**
WAI_9	63,051	0,998	0,637*	-3,05**	0,642*	-3,00**
WAI_10	190,624	0,000	1,925**	4,53**	1,333**	1,64
WAI_11	47,370	1,000	0,478*	-4,24**	0,476*	-4,87**
WAI_12	61,052	0,999	0,617*	-3,09**	0,602*	-3,37**

P>0,05 considerado significativo.

\* Itens redundantes e/ou previsíveis (MnSq < 0,7).

\*\* Itens erráticos (MnSq > 1,3; t > 2).

#### 4.7.2 Dimensionalidade

Usualmente, no modelo Rasch, as estimativas de dificuldade dos itens tem sua média fixada em 0,00, sendo que valores abaixo indicam que o item é mais fácil do que a média do conjunto de itens e, inversamente um item com *logit* positivo é mais difícil do que a média do conjunto (BOND & FOX, 2007). Desta forma no questionário WAI Paciente as questões 5, 10 e 11 foram consideradas muito difíceis, as questões 6, 8 e 12 foram consideradas difíceis, as questões 1, 2, 3, 4 e 9

foram consideradas fáceis e a questão 7 considerada muito fácil (Tabela 11). Já no questionário WAI Terapeuta a questão 5 foi considerada muito difícil, as questões 1, 4, 6, 8, 10, 11 e 12 foram consideradas difíceis, as questões 2 e 9 foram consideradas fáceis e a questão 3 e 7 foram consideradas muito fáceis (Tabela 12).

Quanto à habilidade das pessoas a média não é fixada, apresentando distribuição empírica cuja interpretação pode ser feita mediante contraste com a dificuldade estimada para os itens, neste estudo a mediana dos respondentes no questionário WAI Paciente foi de 0,29 e no WAI Terapeuta de 1,52.

**Tabela 11. Parâmetros de facilidade WAI Paciente**

	<b>Std.*</b>	<b>Erro Estimado</b>	<b>Limite inferior IC</b>	<b>Limite superior IC</b>
WAI_1	-1,260	0,309	-1,866	-0,654
WAI_2	-1,260	0,309	-1,866	-0,654
WAI_3	-0,709	0,328	-1,352	-0,067
WAI_4	-0,997	0,317	-1,617	-0,376
WAI_5	2,626	0,943	0,778	4,474
WAI_6	0,137	0,384	-0,616	0,890
WAI_7	-2,506	0,311	-3,116	-1,895
WAI_8	0,293	0,399	-0,489	1,076
WAI_9	-1,260	0,309	-1,866	-0,654
WAI_10	1,900	0,687	0,553	3,246
WAI_11	1,900	0,687	0,553	3,246
WAI_12	1,136	0,514	0,130	2,143

\*Itens do WAI Paciente classificados de acordo com o nível de facilidade de cada questão. Com 95% de intervalo de confiança.

**Tabela 12. Parâmetros de facilidade WAI Terapeuta**

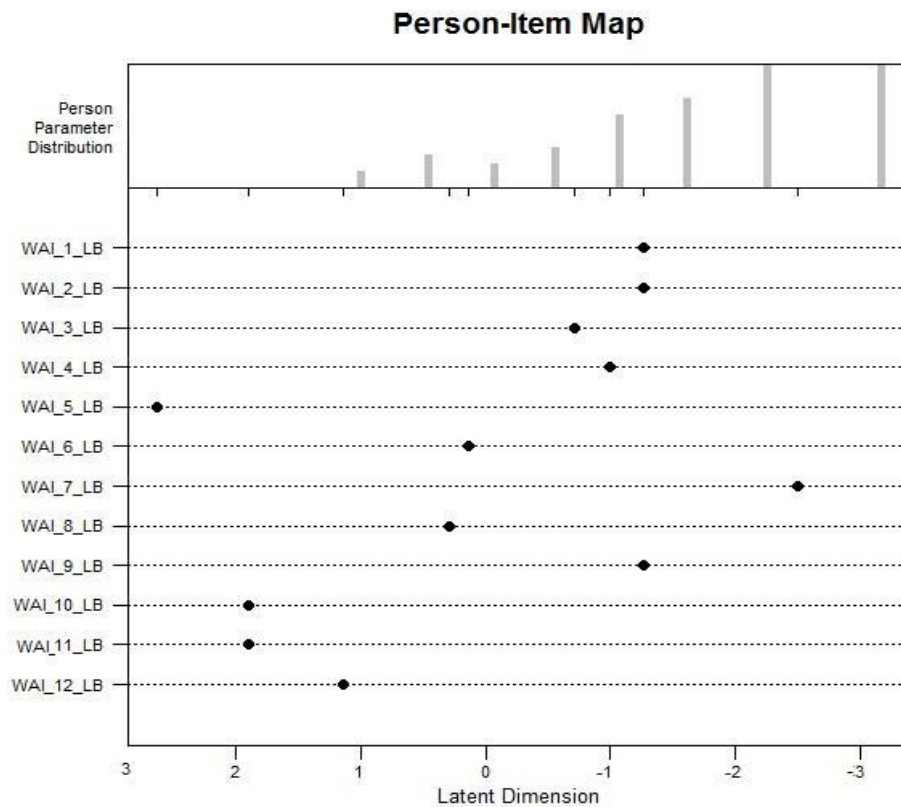
	<b>Std.*</b>	<b>Erro Estimado</b>	<b>Limite inferior IC</b>	<b>Limite superior IC</b>
WAI_1	1,047	0,452	0,162	1,932
WAI_2	-0,060	0,334	-0,715	0,595
WAI_3	-2,755	0,276	-3,295	-2,215
WAI_4	0,483	0,383	-0,267	1,233
WAI_5	1,585	0,538	0,531	2,640
WAI_6	0,331	0,368	-0,389	1,051
WAI_7	-2,504	0,265	-3,024	-1,985
WAI_8	1,047	0,452	0,162	1,932
WAI_9	-0,989	0,282	-1,541	-0,437
WAI_10	0,191	0,355	-0,504	0,887
WAI_11	1,292	0,488	0,335	2,249
WAI_12	0,331	0,368	-0,389	1,051

\*Itens do WAI Terapeuta classificados de acordo com o nível de facilidade de cada questão. Com 95% de intervalo de confiança.



No parâmetro de distribuição segundo a correlação de Pearson  $r= 0,35$ , com IC de 95%, a facilidade dos itens WAI Paciente se torna mais visível segundo Figura 1.

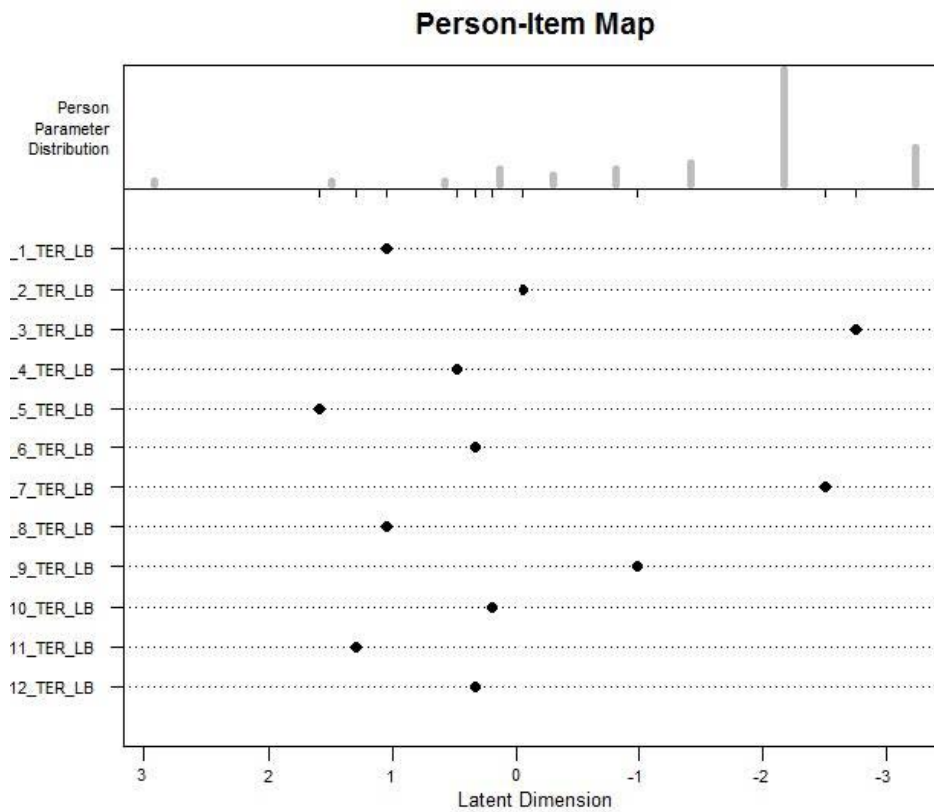
Desta forma, as questões com parâmetro de facilidade de -3,0 a -1,5 são consideradas muito fáceis, -1,5 a 0 questões fáceis, 0 a 1,5 questões difíceis e de 1,5 a 3,0 questões muito difíceis. Desta forma, as questões



**Figura 1. Distribuição dos parâmetros de facilidade WAI Paciente.**

No parâmetro de distribuição segundo a correlação de Pearson  $r= 0,46$ , com IC de 95%, a facilidade dos itens WAI Terapeuta se torna mais visível segundo Figura 2.

Desta forma, as questões com parâmetro de facilidade de -3,0 a -1,5 são consideradas muito fáceis, -1,5 a 0 questões fáceis, 0 a 1,5 questões difíceis e de 1,5 a 3,0 questões muito difíceis.



**Figura 2. Distribuição dos parâmetros de facilidade WAI Terapeuta.**

#### **4.7.3 Item de Aperfeiçoamento**

A análise de Rasch demonstrou que as questões descritas anteriormente que apresentaram previsibilidade ( $MnSq < 0,7$ ) ou erraticidade ( $MnSq > 1,3$ ;  $t > \pm 2,0$ ) devem ser modificadas para desta forma abrangerem o objetivo do modelo do questionário. Desta forma as questões 3, 5, 6, 10 e 11 na versão do Paciente (Tabela 13) e as questões 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 na versão do Terapeuta (Tabela 14) tiveram que ser modificadas e/ou reformuladas.

**Tabela 13. Questões originais, aperfeiçoadas e justificativa para o aperfeiçoamento WAI Paciente**

Questões Originais	Questões Aperfeiçoadas	Justificativa para o Aperfeiçoamento
3. Acho que o/a _____ gosta de mim.	Agrupada questão 3 e 5- Durante as sessões o/a _____ e eu tivemos um bom relacionamento profissional e respeitamos um ao outro.	Questão 3: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t > 2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq > 1,3$ . Questão 5: Alpha de Crombach apresentou 0,62, e após ser excluída aumentou para 0,68 e considerada muito difícil. Ambas questões fazem parte do domínio Vínculos e por este motivo sugerimos agrupamento das questões 3 e 5.
5. O/A _____ e eu nos respeitamos mutuamente.	Agrupada questão 3 e 5.	Questão 6: apresentou <i>oufit</i> $MnSq < 0,7$ ; sendo muito similar a questão 4, desta forma sugerimos que a questão seja excluída.
6. O/A _____ e eu trabalhamos para os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.	Excluída.	Questão 10: Apesar de não ter tido problema com relação ao <i>score</i> por meio da análise Rasch foi classificada como muito difícil e quando excluída na análise de Alpha de Crombach subiu de 0,52 para 0,53 por este motivo sugerimos modificação.
10. Sinto que aquilo que eu faço no tratamento me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero.	Reformulada- Meu terapeuta e eu temos idéias similares sobre o meu tratamento.	Questão 11: apresentou <i>oufit</i> $MnSq < 0,7$ e quando analisada pelo Alpha de Crombach apresentou 0,58, e após ser excluída aumentou para 0,61 e foi considerada muito difícil, desta forma sugerimos alteração.
11. O/A _____ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.	Reformulada- O/A _____ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para minha saúde.	Questão 11: apresentou <i>oufit</i> $MnSq < 0,7$ e quando analisada pelo Alpha de Crombach apresentou 0,58, e após ser excluída aumentou para 0,61 e foi considerada muito difícil, desta forma sugerimos alteração.

**Tabela 14. Questões originais, aperfeiçoadas e justificativa para o aperfeiçoamento WAI Terapeuta**

Questões Originais	Questões Aperfeiçoadas	Justificativa para o Aperfeiçoamento
1. _____ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.	Reformulada- _____ e eu estamos de acordo acerca da conduta que deve ser seguida para melhorar a sua saúde.	Questão 1: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t < -2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq < 0,7$ , desta forma sugerimos modificação.
2. Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa atual atividade no tratamento.	Reformulada- Meu paciente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa conduta ao longo do tratamento.	Questão 2: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t < -2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq < 0,7$ ; desta forma sugerimos alteração.
3. Eu acho que o/a _____ gosta de mim.	Reformulada- Acho que houve um bom relacionamento profissional entre o/a _____ e eu durante as sessões.	Questão 3: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t > 2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq > 1,3$ , por este motivo sugerimos mudança.
4. Eu tenho dúvidas sobre o que estamos tentando conseguir no tratamento.	Reformulada- Eu tenho dúvidas sobre nossos objetivos no tratamento.	Questão 4: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t > 2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq > 1,3$ , desta forma sugerimos alteração.
6. Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.	Reformulada- Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos no início do tratamento em comum acordo.	Questão 6: apresentou <i>oufit</i> e <i>infit</i> $t < -2$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq < 0,7$ , desta forma sugerimos modificação.
7. Eu admiro a/o _____ como pessoa.	Reformulada- Eu sinto que meu terapeuta valoriza minha opinião no plano de tratamento.	Questão 7: apresentou <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq > 1,3$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $t > 2,0$ , desta forma sugerimos mudança.
8. Nós concordamos em relação ao que é importante para o/a _____ fazer.	Reformulada- Nós concordamos em relação ao que é importante fazer para o/a _____ melhorar sua saúde.	Questão 8: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t < -2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq < 0,7$ , desta forma sugerimos alteração.
9. _____ e eu construímos uma confiança mútua.	Reformulada- O/A _____ e eu confiamos um no outro.	Questão 9: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t < -2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq < 0,7$ , desta forma sugerimos modificação.
10. _____ e eu temos idéias diferentes sobre o seu real problema.	Reformulada- Meu paciente e eu temos idéias similares sobre o seu tratamento.	Questão 10: apresentou <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq > 1,3$ ; <i>oufit</i> $t > 2,0$ , desta forma sugerimos mudança.
11. Nós estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o/a _____.	Reformulada- O/A _____ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para a saúde dele.	Questão 11: apresentou <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t < -2,0$ ; <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq < 0,7$ , desta forma sugerimos modificação.
12. Acredito que o modo como estamos tratando o seu problema é a melhor forma de tratamento.	Reformulada- Acredito que o modo como estamos tratando o seu problema é a melhor forma de tratamento.	Questão 12: apresentou <i>oufit</i> e <i>infit</i> $MnSq > 2,0$ ; <i>infit</i> e <i>oufit</i> $t > 1,3$ e por esse motivo sugerimos alteração.

**Figura 3. Working Alliance Inventory com as modificações sugeridas- WAI Paciente**

Instruções: Abaixo, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu terapeuta. Após cada frase há uma escala de cinco pontos. Para cada frase, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente. Vale ressaltar que a escala de resposta não é a mesma para todas as frases. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder todos os itens.

1- Como resultado desta (s) sessão (sessões) fica mais claro para mim como será possível eu mudar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

2- O que eu faço no tratamento me permite ver meu problema de um novo modo.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

3 e 5\*- Durante as sessões o/a \_\_\_\_\_ e eu tivemos um bom relacionamento profissional e respeitamos um ao outro.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

4- O/A \_\_\_\_\_ e eu participamos na definição dos objetivos do meu tratamento.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

7- Sinto que o/a \_\_\_\_\_ me admira.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

---

**8-** O/A \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo com o que eu preciso fazer para melhorar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

**9-** Sinto que o/a \_\_\_\_\_ se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que ele/ela não aprova.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

**10\*-** Meu terapeuta e eu temos idéias similares sobre o meu tratamento.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

**11\*-** O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para minha saúde.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

**12-** Acredito que o modo como estamos trabalhando o meu problema é o correto.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

\*Questões modificadas e/ou reformuladas após análise Rasch.

**Figura 4: Working Alliance Inventory com as modificações sugeridas- WAI Terapeuta**

**Instruções:** Abaixo, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu paciente. Após cada frase há uma escala de sete pontos. Para cada frase, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente. Vale ressaltar que a escala de resposta não é a mesma para todas as frases. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder todos os itens.

**1\*** \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo acerca da conduta que deve ser seguida para melhorar a sua saúde.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**2\***- Meu paciente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa conduta ao longo do tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**3\***- Acho que houve um bom relacionamento profissional entre o/a \_\_\_\_\_ e eu durante as sessões.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**4\***- Eu tenho dúvidas sobre nossos objetivos no tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**5-** Eu tenho confiança na minha capacidade para ajudar o/a \_\_\_\_\_.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**6\*-** Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos no início do tratamento em comum acordo.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**7\*-** Eu sinto que meu terapeuta valoriza minha opinião no plano de tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**8\*-** Nós concordamos em relação ao que é importante fazer para o/a \_\_\_\_\_ melhorar sua saúde.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**9\*-** O/A \_\_\_\_\_ e eu confiamos um no outro.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**10\*-** Meu paciente e eu temos idéias similares sobre o seu tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

**11\*-** O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para a saúde dele.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre



---

**12\***- Acredito que o modo como estamos tratando o seu problema é a melhor forma de tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito	
					Freqüentemente	Sempre

---

\*Questões modificadas e/ou reformuladas após análise Rasch.

## 5. DISCUSSÃO

Na análise das propriedades psicométricas o instrumento WAI Paciente apesar de ter mostrado boa confiabilidade apresentou problemas com relação a consistência interna, validade concorrente e efeito teto. Além disso, na análise Rasch o questionário obteve problemas nas questões 5, 6, 8, e 11 com relação a previsibilidade das respostas, o que não afeta a viabilidade do instrumento. De forma geral o WAI Paciente revelou problemas estruturais e de sensibilidade na área da reabilitação, esses problemas sugerem que o questionário deve ser modificado para o contexto da reabilitação.

Já a versão do instrumento WAI Terapeuta obteve boas propriedades psicométricas como: confiabilidade e consistência interna. Porém na análise Rasch, o instrumento obteve problemas em 11 das 12 questões, com exceção da questão 5, com relação a unidimensionalidade do instrumento, o que inviabiliza o seu uso no contexto de reabilitação da forma que se encontra atualmente.

Um fator positivo deste estudo foi o número amostral adequado, com total de 100 pacientes, com perda aceitável na coleta 2 meses após a primeira sessão (menos de 15%). Outro fator a ser considerado foi a coleta de dados em população considerada heterogênea proveniente de diferentes tipos de convênio, níveis educacionais e idades. Dessa forma, apesar de ser possível que pacientes com características específicas possam estabelecer uma aliança de maneira diferente, a amostra incluída neste estudo é condizente com a realidade das maiorias das clínicas de fisioterapia. Nosso ponto de vista é de que um instrumento para ser útil na prática do fisioterapeuta deve ter seus dados generalizáveis para uma amostra considerada típica da grande maioria das clínicas de fisioterapia.

Uma adequação importante neste estudo foi o fato da aplicação dos questionários ter sido realizada por meio da leitura do questionário pelos avaliadores. Essa estratégia foi adotada devido as dúvidas recorrentes e em alguns casos devido “ao baixo nível educacional” da amostra recrutada. Portanto, a fim de verificar o entendimento dos pacientes, a coleta de dados foi realizada de maneira consistente por dois avaliadores treinados a ler os questionários sempre da mesma maneira, o que diminui a chance de viés, a fim de evitar interpretações diferentes.

Uma avaliação cuidadosa da equivalência entre o instrumento original e sua versão adaptada em português é necessária antes de aplicar o instrumento, por ter

sido desenvolvido para o contexto cultural diferente daquele para o qual foi aplicado, e devido às diferenças culturais, crenças e comportamentos entre muitas populações, essa adaptação transcultural enfatiza a equivalência semântica em vez de equivalência literal dos termos, com o propósito de expressar conceitos. Usar dois tradutores em cada processo foi considerado útil, pois as duas versões puderam ser confrontadas e discutidas na elaboração da versão sintética. Isso permitiu que discrepâncias pudessem ser identificadas, discutidas amplamente e que soluções fossem criadas (SARDINHA et al., 2009).

Finalmente, para uso adequado do instrumento, este precisa apresentar boa confiabilidade e validade, além de boa sensibilidade e especificidade. Apesar de esse ser um passo importante no processo de validação do questionário, a adaptação transcultural e equivalência semântica devem ser considerados apenas como o primeiro estágio. A apresentação final do WAI deve agora ter estrutura fatorial testada e sua validade convergente e divergente avaliadas. A validação do instrumento psicométrico leva tempo, depende de um número amostral relativamente grande e de análises estatísticas que comprovem um “formato ideal” e grande parte disso depende de estudos sobre a consistência interna das escalas e correlação com outro instrumento, que foi o principal foco deste estudo.

Na versão em português a análise pelo Alpha de Crombach, WAI Paciente, a subescala Tarefas atingiu 0,52, Objetivos 0,58 e Vínculos 0,62. Já o WAI Terapeuta 0,81; 0,79; 0,58 respectivamente. No entanto, os resultados do estudo com a versão em inglês não se comportaram da mesma forma, a pesquisa de Horvath (1994) mostrou forte apoio para a confiabilidade das escalas WAI e para sua validade. Por exemplo, Horvath & Greenberg (1989) constataram que a confiabilidade variou de 0,85 a 0,93, desta forma demonstrando que o instrumento possui na versão inglesa boas propriedades psicométricas. Em estudos na área de psicoterapia brasileira de Ramos (2008) obteve confiabilidade que variou de 0,69 a 0,81; resultados superiores aos encontrados neste estudo, fato que pode ser explicado por ser voltado para a área da psicologia e não da reabilitação.

Com relação à análise de efeito teto e solo, o questionário WAI Paciente e SRS apresentaram grande efeito teto, que pode ser pelo fato dos instrumentos existentes não estarem adaptados ou não serem sensíveis o suficiente para testar a aliança terapêutica na área de reabilitação, ou seja, a não diferenciação entre pacientes que realmente têm forte relação terapeuta paciente e aqueles que têm

fraca relação, porém assinalam pontuações altas no questionário, por o mesmo não ser sensível para diferenciar os dois grupos. Segundo Horvath & Bedi (2002) a relação terapeuta paciente tende a seguir a forma de “U”, ou seja, inicialmente o paciente se mostra animado diante as propostas de melhora exposta pelo terapeuta, no meio do tratamento há um declínio, já que durante este caminho algumas dificuldades vão ser encaradas e o tratamento vai impor mudanças nem sempre fáceis na vida do paciente, entretanto no fim do tratamento há ânimo com a melhora clínica, desta forma o resultado encontrado no presente estudo, com pode ser justificado quando comparado a resposta dos pacientes no início do tratamento e após 2 meses, o que evidenciou o efeito teto.

Segundo análise Rasch na versão WAI Paciente seis questões foram consideradas entre muito difíceis e difíceis e a média de habilidade dos respondentes foi de 0,29, já a versão WAI Terapeuta oito questões foram consideradas muito difíceis e difíceis e a média de habilidade dos respondentes foi de 1,52; desta forma o efeito teto do questionário WAI Paciente pode ser justificado pelo fato de os respondentes não terem entendido as questões e assim responderem o máximo de pontuação, uma vez que sua habilidade é inferior ao nível das perguntas, quando considerado que níveis de habilidade entre 1,5 e 3,0 são capazes de responder todos os tipos de questões.

Com relação a análise de correlação, demonstrou uma relação razoável (0,39) entre os instrumentos WAI paciente e SRS, uma vez uma correlação entre 0,00 e 0,25 é considerada ruim, 0,25 a 0,50 uma relação razoável, 0,50 a 0,75 uma relação moderada e acima de 0,75 uma correlação forte (PORTNEY & WATKINS, 2000). Tal fato pode ser justificado por não haver instrumentos que meçam a aliança terapêutica como padrão ouro para comparação e nesse caso em específico pelo questionário SRS ter apresentado efeito teto, ou seja, o instrumento de comparação também apresenta problemas estruturais.

Com relação à análise de correlação entre o WAI Terapeuta e o SRS ou WAI Paciente e o SRS, é viável tal análise não para a validade do constructo, mas para identificar se paciente e terapeuta entendem aliança terapêutica da mesma forma, porém o número próximo a zero revela que os conceitos entre ambos é muito diferente, conceitualmente pacientes tem uma visão emocional com relação aos terapeutas e terapeutas uma visão mais racional com relação aos pacientes. Tal fato também pode ser justificado pelos questionários comparados terem

apresentado problemas com relação ao efeito teto, consistência interna, dimensionalidade e validade concorrente, ou seja, são instrumentos que apresentam problemas estruturais.

Na análise de comparação entre *baseline*, 2 meses após a primeira sessão e responsividade interna, a maioria dos instrumentos mostraram melhora significativa no decorrer do tratamento, no aspecto de dor, incapacidade, causalidade, satisfação e função. O questionário referente a dor e função obtiveram tamanho de efeito grande, o questionário referente a incapacidade obteve tamanho de efeito moderado e o WAI Paciente, Terapeuta e SRS tamanho de efeito pequeno. Assim quando correlacionado o aumento da aliança terapêutica pelo WAI Paciente e WAI Terapeuta, o fato de os questionários que avaliam a aliança terapêutica não terem apresentado tamanho de efeito significativo se dá pelo fato de os questionários existentes não serem sensíveis para avaliar o que se propõem, desta forma é extremamente viável a adequação dos instrumentos para o contexto de reabilitação.

Diante destes dados foi proposto modificações para o questionário WAI Paciente e WAI Terapeuta por meio de análises com o modelo Rasch, a fim de saber quais os problemas estruturais de cada item do instrumento, de forma detalhada, com as possíveis alterações necessárias para um bom emprego do questionário em indivíduos com dor lombar.

De acordo com a literatura, embora questões que apresentam previsibilidade, neste estudo exemplificado na versão WAI Terapeuta e Paciente pelas questões 6. (O/A \_\_\_\_\_ e eu trabalhamos para os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.), 8. (O/A \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo com o que eu preciso fazer para melhorar.) e 11. (O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.), na versão somente do WAI Paciente pela questão 5. (O/A \_\_\_\_\_ e eu nos respeitamos mutuamente.) e na versão somente do WAI Terapeuta pelas questões 1. ( \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.), 2. (Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa atual atividade no tratamento.), 9. ( \_\_\_\_\_ e eu construímos uma confiança mútua.) e 12. ( \_\_\_\_\_ acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.), sinalizem itens que não discriminam pessoas com níveis de funcionalidade diferentes, contribuindo pouco para a definição do constructo, isso não representa

ameaça para a validade do teste e, portanto, tais itens não são considerados como problemáticos, podendo ser mantidos (LINACRE, 2006).

O escore errático não foi encontrado na versão do WAI Paciente, porém na versão do Terapeuta foi encontrado nas questões 1. (\_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.), 2. (Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa atual atividade no tratamento.), 3. (Eu acho que o/a \_\_\_\_\_ gosta de mim.), 4. (Eu tenho dúvidas sobre o que estamos tentando conseguir no tratamento.), 6. (Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.), 7. (Eu admiro o/a \_\_\_\_\_ como pessoa.), 8. (Nós concordamos e relação ao que é importante para o/a \_\_\_\_\_ fazer.), 9. (\_\_\_\_\_ e eu construímos uma confiança mútua.), 10. (\_\_\_\_\_ e eu temos idéias diferentes sobre o seu real problema.), 11. (Nós estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o/a \_\_\_\_\_.) e 12. (\_\_\_\_\_ acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.), indicam problemas sérios na definição ou redação dos itens, que precisam ser modificados. Considera-se que quando mais de 5% do número total de itens não se enquadram no modelo Rasch, os itens do teste não combinam para medir um conceito unidimensional, o que compromete a validade de constructo do instrumento (BOND & FOX, 2007). Desta forma a versão WAI Terapeuta por apresentar 91,7% de erraticidade, se enquadra como modelo não unidimensional comprometendo a validade do constructo, este mesmo problema não foi encontrado na versão WAI Paciente.

Segundo Hall (2012) por meio do questionário WATOCl (versão de 16 itens) muito parecida com o WAI, porém apresenta mais itens, sendo uma versão mais longa, esse estudo verificou que algumas questões possuíam problemas estruturais e/ou não cabíveis para o conceito de reabilitação, assim modificou ou excluiu as mesmas.

Na versão do Terapeuta as questões 1 e a questão 9, apresentaram problemas com relação a previsibilidade e unidimensionalidade, desta forma sugerimos modificar para 1- \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo acerca da conduta que deve ser seguida para melhorar a sua saúde; e 9- O/A \_\_\_\_\_ e eu confiamos um no outro.

Segundo o estudo de Hall (2012), a questão da versão do WAI Paciente, 2 e 12 fazem parte da subescala Tarefas e representam um bom exemplo de questões

que auxiliam na quantificação da aliança terapêutica e por isso foram mantidas na versão do WAI Paciente, porém a questão 12 na versão do Terapeuta teve problema com relação a unidimensionalidade e por esse motivo sugerimos modificar para 12- Acredito que o modo como estamos tratando o seu problema é a melhor forma de tratamento. E a questão 2 teve problema com relação a previsibilidade e unidimensionalidade; desta forma sugerimos alterar para 2- Meu paciente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa conduta ao longo do tratamento

Na versão do Terapeuta, a questão 4 apresentou problema com relação a unidimensionalidade, desta forma sugerimos mudar para 4- Eu tenho dúvidas sobre nossos objetivos no tratamento.

A questão 3, na versão WAI Terapeuta apresentou problema com relação a unidimensionalidade, por este motivo sugerimos alterar para 3- Acho que houve um bom relacionamento profissional entre o/a \_\_\_\_\_ e eu durante as sessões. (Figura 4). No entanto na versão do Paciente apesar de não ter tido problema com relação ao *score* é similar a questão 5 e quando analisada pelo Alpha de Crombach após ser excluída aumentou o *score*, sendo considerada muito difícil para o nível de habilidade dos respondentes, ambas questões fazem parte do domínio Vínculos e por este motivo sugerimos agrupamento das questões 3 e 5- Durante as sessões o/a \_\_\_\_\_ e eu tivemos um bom relacionamento profissional e respeitamos um ao outro. Na versão do terapeuta a questão 5 foi considerada muito difícil, porém pelo nível de habilidade dos respondentes e pela análise Rasch não ter apresentado problemas, a questão não precisou ser modificada.

Na versão do WAI Paciente a questão 6 apresentou problema com relação a previsibilidade; sendo muito similar com a questão 4, porém essa questão não teve problema com relação ao *score*, desta forma sugerimos que a questão 6 seja excluída e seja mantida a questão 4 (Figura 3). Porém, na versão do WAI Terapeuta, a questão obteve problema com relação a unidimensionalidade e previsibilidade, então sugerimos modificação para 6- Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos no início do tratamento em comum acordo (Figura 4).

Segundo Hall (2012) a questão 7, se encaixa no conceito da psicoterapia, porém na reabilitação foge dos conceitos considerados importantes para avaliar a aliança terapêutica, assim sugere que seja modificada para “Eu sinto que meu

terapeuta valoriza minha opinião no plano de tratamento”, no presente estudo a questão obteve problema com relação unidimensionalidade na versão do WAI Terapeuta o que demonstra problemas com relação a validade do constructo, desta forma acatamos as modificações sugeridas, mesmo que o artigo citado não tenha avaliado o instrumento na versão do Terapeuta.

As questões 8, neste estudo na versão do WAI Paciente não obteve problemas em relação ao *score*, porém na versão do WAI Terapeuta obteve problema com relação a previsibilidade e unidimensionalidade, desta forma sugerimos modificar para 8- Nós concordamos em relação ao que é importante fazer para o/a \_\_\_\_\_ melhorar sua saúde.

Em comum com o presente estudo na versão WAI Paciente a questão 10 por meio da análise Rasch foi classificada como muito difícil para ser respondida, considerando o nível de habilidade para responder as questões dos pacientes, ou seja foram incapazes de responder tal questão e quando excluído na análise de Alpha de Crombach aumentou o *score*, na versão do WAI Terapeuta considerado problema com relação a unidimensionalidade, ou seja compromete a validade de constructo do instrumento, no estudo de Hall (2012) versão em inglês o item foi modificado para “Meu terapeuta e eu temos idéias similares sobre o meu tratamento” na versão do paciente e “Meu paciente e eu temos idéias similares sobre o seu tratamento” o que seria uma sugestão de modificação para futuras pesquisas que usem o WAI no contexto de reabilitação (Figura 3 e 4).

A questão 11 no presente estudo na versão do Paciente obteve problema com relação a previsibilidade e quando analisada pelo Alpha de Crombach teve que ser excluída e foi considerada muito difícil, já na versão do Terapeuta apresentou problema com relação a unidimensionalidade e previsibilidade, desta forma sugerimos mudança para 11- O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para minha saúde, na versão do Paciente e 11- O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para para a saúde dele, na versão do Terapeuta.

Em suma, este estudo sugere que as versões do WAI Paciente e WAI Terapeuta sejam investigadas a fim de: explorar reformulação e/ou re-contextualizar os itens que foram sugeridos, discriminar a força e a capacidade de analisar todo o contexto da aliança terapêutica em reabilitação, avaliar o WAI em outros estudos



com populações submetidas reabilitação como forma de confirmar os achados deste estudo e finalmente investigar a validade do WAI reformulado.

## **6. CONCLUSÃO**

As análises descritas neste estudo identificaram as áreas em que o questionário deve ser melhorado e posteriormente testado em futuras pesquisas. Embora o questionário não seja uma ferramenta recomendada para uso imediato para avaliar a aliança na prática de reabilitação física, as análises oferecem modificações no instrumento com relação ao que fatores podem contribuir para melhor medida da aliança terapêutica.

Concluimos que embora atualmente haja pesquisas para apoiar a visão de que a aliança terapêutica influencie diretamente no tratamento, o instrumento WAI versão Paciente e Terapeuta como foram criados para o contexto de psicologia não se adequam a população em que foi aplicada. Assim propõe-se que futuras pesquisas incorporem as modificações sugeridas pela análise Rasch e continuem sendo feitas análises psicométricas a fim de adaptar o questionário para a área da reabilitação.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arbor, A. (1979). **The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance** 1, 16, 252–260.
2. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. **Spinal manipulative therapy for low-back pain**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD000447.
3. Baumeister, H., Knecht, A., & Hutter, N. (2012). **Direct and indirect costs in persons with chronic back pain and comorbid mental disorders--a systematic review**. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 79–85. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.05.008.
4. Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. **The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care: a psychometric analysis**. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(1):24-32.
5. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. **Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures**. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3186-91.
6. Bond, T., Fox, C. (2007). **Applying the Rasch model** (2<sup>nd</sup> ed). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
7. Bordin ES: **The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance**. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1979, 16:252-260.
8. Burns JW, Higdon LJ, Mullen JT, Lansky D, Wei JM. **Relationships among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program**. *Ann Behav Med*. 1999 Spring;21(1):77-82.
9. Choi, B. C. K.; Tennessee, L. M.; Eijkemans, G. J. M. **Developing regional workplace health and hazard surveillance in the Americas**. *Pan.Am.J.Public Health*, v.10, n.6, p.376-381, 2001.
10. Duncan BL, Miller SD, Sparks JA, Claud DA, Reynolds LR, Brown J, Johnson LD. **The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure**. *Journal of Brief Therapy*. 2003; 3: 3-12.
11. Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013, April). **The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain**. *Physical Therapy*. doi:10.2522/ptj.20120137.
12. Frank, J.D., & Frank, J.B. (1993). **Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd. Ed.)**. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
13. French SD, Cameron MCowdery, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. **Superficial heat or cold for low back pain**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD004750.
14. Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. **Massage for low-back pain**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD001929.
15. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. **Acupuncture and dry-needling for low back pain**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD001351.

16. Gaston, L. (1990). **The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations.** *Psychotherapy*, 27, (2), 143-153.
17. Gibson JA, Waddell G. **Surgical interventions for lumbar disc prolapse.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001350.
18. Gibson JA, Waddell G. **Surgery for degenerative lumbar spondylosis.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001352.
19. Hall, A. M., Ferreira, M. L., Clemson, L., Ferreira, P., Latimer, J., & Maher, C. G. (2012). **Assessment of the therapeutic alliance in physical rehabilitation: a RASCH analysis.** *Disability and Rehabilitation*, 34(3), 257–66. doi:10.3109/09638288.2011.606344.
20. Hatcher, R.L., & Gillaspay, J.A. (2006). **Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory.** *Psychotherapy Research*, 16, (1), 12-25.
21. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. **Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, Art. No. CD000335.
22. Heymans M, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. **Back schools for non-specific low-back pain.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000261.
23. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. **Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations.** *J Clin Epidemiol* 2000;53:459e68.
24. Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), **Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients** (pp.37- 69). New York: Oxford University Press.
25. Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). **Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis.** *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
26. Horvath, A. O., e Greenberg, L. (1989). **Development and validation of the Working Alliance Inventory.** *Journal of Counseling Psychology*, , 438-448 .
27. Hovarth. Site: [http://www.educ.sfu.ca/alliance/allianceAWAIs\\_Update.htm](http://www.educ.sfu.ca/alliance/allianceAWAIs_Update.htm).
28. Horwitz, L. **Clinical prediction in psychotherapy.** New York: Jason Aronson, 1974.
29. Katz JN. **Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences.** *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(Suppl 2):21-4.
30. Koleck M, Mazaux JM, Rascl N, Schweiter MB. **Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study.** *European Journal of Pain*, 2005: 1–11.
31. Linacre, J.M. (2006). **A user's guide to Winsteps**, Program Manual 3.72.0. Chicago; Winsteps.com.
32. Machado PP, Horvath AO. **Inventário da aliança terapêutica.** In: Simões MR (Ed). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: Apport-Sho; 1999.
33. Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). **Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

34. Matos, MG; Hennington, EA; Hoefel, A. C. J. (2008). **Dor lombar em usuários de um plano de saúde : prevalência e fatores associados** Lower back pain in health insurance policyholders : prevalence and associated factors, *24*(9), 2115–2122.
35. McHorney, C. a, & Tarlov, a R. (1995). **Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate?** *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *4*(4), 293–307. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7550178>.
36. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, Barber J. **Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences.** *BMJ*, 319, n. 7205, p. 279-283, 31 July 1999.
37. Nusbaum, L, J Natour, M B Ferraz, J Goldenberg, Disciplina De Reumatologia, and Escola Paulista De Medicina. 2001. **“Translation , Adaptation and Validation of the Roland-Morris Questionnaire - Brazil Roland-Morris.”** *34*: 203–10.
38. Oliveira VC, Furiati T, Sakamoto A, Ferreira P, Ferreira M, Maher C. **Health locus of control questionnaire for patients with chronic low back pain: psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version.** *Physiother Res Int.* 2008 Mar;*13*(1):42-52.
39. Ostelo RWJG, van Tulder MW, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley S, Assendelft WJJ. **Behavioural treatment for chronic low-back pain.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD002014.
40. Portney LG, Watkins MP (2000) **Foundations of clinical research: applications to practice** (2nd edn). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
41. Priel B, Rabinowitz B, Pels ILL: **A semiotic perspective on chronic pain: Implications for the interaction between patient and physician.** *British Journal of Medical Psychology.* 1991, *64*:65-71.
42. Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). **Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review.** *Journal of Physiotherapy*, *58*(2), 77–87. doi:10.1016/S1836-9553(12)70087-5.
43. Ramos, M. A. F. (2008). **Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short.**
44. Rice, L. N. & Gaylin, N. I. **Personality processes reflected in client vocal style and Rorschach performance.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, *40*, 133- 138.
45. Roelofs PDDM, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ.P.M., van Tulder MW. **Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000396.
46. Rogers D. **The Working Alliance in Teaching and Learning: Theoretical Clarity and Research Implications.** *International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning.* Vol. 3, No. 2 (July 2009).
47. Ross R LP. Clinical assessment of pain. In: Van Deusen J BD, editor. **Assessment in occupational therapy and physical therapy.** Philadelphia: WB Saunders, 1997. p 123-133.

48. Sardinha A, Levitan M, Lopes FL, Perna G, Esquivel G, Griez EJ, Nardi AE Arbor, A. (1979). **The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance** 1, 16, 252–260.
49. Staal JB, de Bie R, de Vet HCW, Hildebrandt J, Nelemans P. **Injection therapy for subacute and chronic low-back pain**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001824.
50. Silverstein B, Fisher WP, Kilgore KM, Harley JP, Harvey RF. **Applying psychometric criteria to functional assessment in medical rehabilitation: II – defining interval measures**. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73:507-18.
51. Siqueira FB, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC. **Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala TAMPA de cinesiofobia**. *Acta Ortopédica Brasileira*, 2007; 15:19-24.
52. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, et al. **Quality criteria are proposed for measurement properties of health status questionnaires**. *J Clin Epidemiol* 2007;60:34–42.
53. Tracey, T.J., & Kokotovic, A. M. (1989). **Factor structure of the Working Alliance Inventory**. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, (3), 207- 210.
54. Waddell G. **A new clinical model for the treatment of low-back pain**. *Spine* 1987;12:632-44.
55. Walter, S.; Eliasziw, M.; Donner, A. **Sample size and optimal designs for reliability studies**. *Statistics in Medicine*, [s.l.], v. 17, [s.n], p. 101-110, 1998.
56. Westaway M. D. et al. **The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction**. *J.Orthop.Sports Phys.Ther.*, 27, n. 5, p. 331-338, May 1998.
57. Wright, B. D., & Linacre, J. M. (1994). **Reasonable mean-square fit values**. *Rasch Measurement Transactions*, 8, 370.
58. Wright BD, Linacre JM. **Observations are always ordinal; measurements, however, must be interval**. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70:857-60.

## 8. ANEXOS

### 8.1 Questionários Versão Paciente

**“Análise das propriedades psicométricas do Inventário de Aliança Terapêutica no tratamento fisioterápico de pacientes com dor lombar.”**



**Paciente**

### **8.1.1 Etapas da Coleta**

Critério de inclusão (secretária)

Questionário para elegibilidade (investigador)

Consentimento (investigador)

Coleta inicial após primeira consulta (avaliação) (investigador)

Coleta após 2 meses da primeira consulta (avaliação) (após tratamento) (investigador)



### 8.1.2 Critérios de Inclusão

- | Sim                      | Não                      |                                                                                          |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dor lombar                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 anos ou mais                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Língua falada: Português                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Já tratou com esse específico Fisioterapeuta para esse específico episódio de dor lombar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diagnóstico de enfermidade específica da coluna                                          |

Comentários:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 8.1.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Paciente e Terapeuta)

Título da Pesquisa: “Análise das propriedades psicométricas do Inventário de Aliança Terapêutica no tratamento fisioterápico de pacientes com dor lombar.”

Orientador: Prof. Dr. RÚBEN DE FARIA NEGRÃO FILHO

Orientanda: AMANDA COSTA ARAUJO

1. **Natureza da pesquisa:** Você está sendo convidado para participar do estudo denominado “A aliança terapêutica de pacientes com dor lombar não específica”. O objetivo é investigar o impacto que a aliança terapêutica fisioterapeuta-paciente possui nos desfechos clínicos após o tratamento do paciente com dor lombar. Nós esperamos aprender um pouco mais sobre a relação fisioterapeuta-paciente, mais especificamente se a aliança estabelecida pelo fisioterapeuta e o paciente pode influenciar na melhora clínica do paciente. Pretendemos ainda fazer a adaptação cultural do questionário de aliança terapêutica para a população brasileira. O estudo será conduzido por Amanda Costa Araujo fisioterapeuta e aluna do mestrado em Fisioterapia sob a supervisão do Prof<sup>o</sup> Dr. Rúben de Faria Negrão Filho da Faculdade de Ciência e Tecnologia da UNESP.
2. **Participantes da pesquisa:** Serão selecionados 10 fisioterapeutas e 50 pacientes que se apresentarem para tratamento de sua dor lombar, e que não tem qualquer enfermidade séria da coluna vertebral, não esteja grávida, entenda e fale a língua portuguesa; e tenha mais do que 18 anos de idade.
3. **Sobre as entrevistas:** Se você decidir participar, será perguntado se você concorda em responder questionários nos quais iremos coletar informações sobre você (tal como sua idade, sexo, emprego, experiência com fisioterapia) e informações clínicas sobre sua dor lombar. Nós também vamos medir várias condições a seu respeito usando os seguintes questionários:
  - (1) Inventário de Aliança Terapêutica (Working Alliance Inventory)
  - (2) Questionário de avaliação da sessão (Session Rating Scale)
  - (3) Escala Numérica para Dor (0-10)
  - (4) Questionário de Incapacidade (Roland-Morris 0-24)
  - (5) Escala de Função Específica do Paciente (0-10)
  - (6) Questionário multidimensional de locus de controle da saúde
  - (7) Questionário de Cinesiofobia (Tampa)

Nós pediremos para você completar os questionários (1) e (2) três vezes: no final do primeiro encontro, antes da segunda sessão e após completar o seu programa de tratamento fisioterapêutico (após 2 meses da primeira sessão). Os questionários (3), (4), (5) e (6) serão completados apenas após o final do primeiro encontro e após completar o seu programa de tratamento fisioterapêutico (após 2 meses da primeira sessão). Após o registro da primeira sessão, o tempo estimado para completar os questionários é de 20 minutos.

Para o fisioterapeuta nós iremos coletar informações sobre seus anos de experiência como fisioterapeuta, sexo, idade e qualquer treinamento prévio que você tenha realizado a respeito de técnicas de entrevista. Nós também vamos perguntar a você questões sobre o projeto no final da primeira sessão de tratamento.

4. **Envolvimento na pesquisa:** A participação neste estudo é inteiramente voluntária: você não é obrigado a participar e, se aceitar participar você poderá sair a qualquer momento. Seja qual for sua decisão, isto não afetará seu tratamento ou sua relação com a equipe terapêutica.

Você poderá parar a entrevista a qualquer tempo. Sua decisão de não participar ou participar não prejudicará seu atual ou futuro tratamento, o fisioterapeuta responsável pelo seu tratamento (ou o paciente) e os funcionários da clínica não terão acesso aos dados coletados nestes questionários

Sua decisão de não participar ou participar não prejudicará seu atual ou futuro tratamento, ou sua relação com a Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP – Campus de Presidente Prudente ou com qualquer outra instituição que estiver cooperando com este estudo, ou mesmo qualquer pessoa que esteja tratando de você. Se você decidir participar estará livre para retirar seu consentimento e para descontinuar sua participação a qualquer tempo sem prejuízo.

Quando você estiver lendo esta informação Amanda Costa Araujo, discutirá com você sobre o projeto e responderá qualquer questão sobre dúvidas que você possa ter.

3. **Riscos e desconforto:** *Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*
4. **Confidencialidade:** Qualquer informação obtida com este estudo e que possa identificá-lo será mantida de forma confidencial e será divulgada somente com a sua permissão, ou se a mesma for solicitada pela lei. Somente os investigadores nomeados abaixo terão acesso à informações dos participantes. Se você nos der sua permissão através da assinatura deste documento, o resultado do estudo poderá ser submetido para publicação, mas a participação individual não será identificável neste encaminhamento.
5. **Benefícios:** Considerando que poderemos obter mais conhecimentos a partir deste estudo de pesquisa e que poderá melhorar o tratamento desta condição no futuro, nós não podemos assegurar ou prometer que você receberá qualquer benefício a partir deste estudo.
6. **Pagamento:** *A sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa



Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

**Orientador: Rúben de Faria Negrão Filho (Telefone: 3221-1977)**

**Orientanda: Amanda Costa Araujo (Telefone: 8804-9340)**

**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Edna Maria do Carmo**

**Vice-Coodenadora: Profa. Dra. Regina Coeli Vasques de Miranda**

**Telefone do Comitê: 3229-5315 ou 3229-5526**

**E-mail [cep@fct.unesp.br](mailto:cep@fct.unesp.br)**

# **Medidas Iniciais**

Local de tratamento: \_\_\_\_\_

#### 8.1.4 Características do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Outro contato: \_\_\_\_\_

Sexo:  Homem  Mulher

Idade: \_\_\_\_\_

Duração do episódio atual de dor lombar: \_\_\_\_\_

Já teve outros episódios de dor lombar? \_\_\_\_\_

Já fez tratamento para dor lombar? Se sim, quais \_\_\_\_\_

Estado civil:  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo

Vínculo empregatício:  Empregado meio-horário

Empregado integral

Desempregado

Nível educacional:  Nível Fundamental Completo  Segundo Grau Completo

Terceiro Grau Completo  Pós-Graduação

Você já conhecia o Fisioterapeuta antes da consulta de hoje?

Sim  Não Comentários: \_\_\_\_\_

Você espera melhorar com o seu tratamento?

Sim  Não Quanto? (0 – 100%): \_\_\_\_\_

Você gostaria de realizar algum tratamento específico?

Sim  Não Se sim, quais \_\_\_\_\_

Você teve uma boa interação com o terapeuta?

Sim  Não Quanto? (0 – 100%): \_\_\_\_\_

O terapeuta deu espaço suficiente para você falar sobre as suas queixas?

Sim  Não Quanto? (0 – 100%): \_\_\_\_\_

QUESTIONÁRIOS - PACIENTES			
<b>DADOS PESSOAIS</b>			<b>Nº.</b>
Nome:			
Data de nascimento / /	Sessão nº:	Idade:	Sexo: Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
Tel.:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado		Data da Avaliação: / /	
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
Clínico:			
<b>Tempo de Dor:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Aguda</b> (<4 semanas) <input type="checkbox"/> <b>Subaguda</b> (>4 semanas e <12 semanas) <input type="checkbox"/> <b>Crônica</b> (> 12 semanas)			
<input type="checkbox"/> Reflexos	<input type="checkbox"/> Miótomos	<input type="checkbox"/> Dermátomos	<input type="checkbox"/> Testes Neurais
<b>Patologias Associadas e Fatores de Risco:</b>			
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Cirurgias	
<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Convulsões	
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Doenças Cardíacas	<input type="checkbox"/> Déficit Visual	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Incontinência Fecal / Urinária	
<b>Outros e Obs.:</b>			
<b>Medicação em Uso:</b>			
<b>Escolaridade</b> <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental Completo			
<input type="checkbox"/> Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Médio Completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo			
<b>EXAME FÍSICO</b>			
Altura (cm)	Peso (kg)	IMC	

### 8.1.5 Questionário Multidimensional de Locus de Controle de Saúde

Cada item abaixo é uma afirmativa sobre sua condição médica, com a qual você pode concordar ou discordar. Ao lado de cada afirmativa existe uma escala variando de: discordo fortemente (1) até concordo fortemente (6). Para cada item, nós gostaríamos que você circulasse o número que representa o quanto você concorda com a afirmativa. Quanto mais você concordar com a afirmativa, maior será o número que você irá circular. Quanto mais você discordar com uma afirmativa, menor será o número que você irá circular. Por favor, certifique-se que você responda **CADA ÍTEM** e que você circule **APENAS UM** número por item. Esta é uma medida de suas convicções pessoais; obviamente, não existem respostas erradas ou certas.

1= DISCORDO FORTEMENTE (DF)

4= CONCORDO LEVEMENTE (C)

2= DISCORDO MODERADAMENTE (DM)

5= CONCORDO MODERADAMENTE (CM)

3= DISCORDO LEVEMENTE (D)

6= CONCORDO FORTEMENTE (CF)

	DF	DM	D	C	CM	CF
1- Se a minha dor nas costas piora, é o meu próprio comportamento que determina o quanto mais cedo eu irei me sentir melhor de novo.	1	2	3	4	5	6
2- Quanto à minha dor nas costas, "seja o que Deus quiser".	1	2	3	4	5	6
3- Se eu visitar meu médico regularmente é menos provável que eu tenha problemas com as minhas costas.	1	2	3	4	5	6
4- A maioria das coisas que afeta a dor nas minhas costas acontece comigo por acaso.	1	2	3	4	5	6
5- Toda vez que a minha dor nas costas piora, eu devo consultar um profissional da saúde.	1	2	3	4	5	6
6- Eu sou diretamente responsável pela piora ou melhora da dor nas minhas costas.	1	2	3	4	5	6
7- Outras pessoas têm um papel forte se minha dor nas costas melhora, fica a mesma coisa ou piora.	1	2	3	4	5	6
8- O que acontece de errado com a minha dor nas costas é minha própria culpa.	1	2	3	4	5	6
9- A sorte tem um importante papel em determinar como a minha dor nas costas melhora.	1	2	3	4	5	6
10- Para que a minha dor nas costas melhore, outras pessoas são responsáveis por fazerem as coisas certas.	1	2	3	4	5	6
11- Qualquer melhora que ocorra com a minha dor nas costas está fortemente ligada à sorte.	1	2	3	4	5	6
12- A principal coisa que afeta a minha dor nas costas é o que eu mesmo faço.	1	2	3	4	5	6
13- Eu mereço o crédito quando a minha dor nas costas melhora e a culpa quando ela piora.	1	2	3	4	5	6
14- Seguir os conselhos do médico à risca é a melhor maneira de evitar que a minha dor nas costas piore.	1	2	3	4	5	6
15- Se a minha dor nas costas piora é coisa do destino.	1	2	3	4	5	6
16- Se eu tiver sorte, a minha dor nas costas vai melhorar.	1	2	3	4	5	6
17- Se a minha dor nas costas passar a piorar, é porque eu não estou cuidando de mim mesmo adequadamente.	1	2	3	4	5	6
18- O tipo de ajuda que eu recebo de outras pessoas determina o quanto mais cedo eu vou melhorar.	1	2	3	4	5	6



### 8.1.6 Escala Numérica para Dor

Eu gostaria que você desse uma nota para sua dor em uma escala de 0 a 10 onde 0 seria nenhuma dor e 10 seria a pior dor possível. Por favor, dê um número para descrever sua média de dor nas últimas 24 horas.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Nenhuma dor

Pior dor possível

### 8.1.7 Escala de Pontuação da Sessão- SRS

Nome _____ Idade (Anos): _____ ID n° _____ Sexo: M / F Sessão(n°): _____ Data: _____
--------------------------------------------------------------------------------------

Por favor, dê uma nota para a sessão de hoje colocando uma marca na linha o mais próximo da descrição que melhor se encaixa em sua experiência.

Eu não me senti ouvido, compreendido e respeitado.

Nós não trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar a respeito.

A abordagem do terapeuta não é bem adequada para mim.

Tinha alguma coisa faltando na sessão de hoje.

### Relacionamento

### Objetivos e tópicos

### Abordagem ou Método

### Em Geral

Eu me senti ouvido, compreendido e respeitado.

Nós trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar a respeito.

A abordagem do terapeuta é bem adequada para mim.

Em geral, a sessão de hoje foi certa/boa para mim.

Institute for the Study of Therapeutic Change  
[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

## 8.1.8 Inventário de Aliança Terapêutica - WAI

Versão reduzida C

Instruções: Abaixo, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu terapeuta. Após cada frase há uma escala de cinco pontos. Para cada frase, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente. Vale ressaltar que a escala de resposta não é a mesma para todas as frases. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder todos os itens.

1. Como resultado desta(s) sessão (sessões) fica mais claro para mim como será possível eu mudar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

2- O que eu faço no tratamento me permite ver o meu problema de um novo modo.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

3. Acho que o/a \_\_\_\_\_ gosta de mim.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

4. O/A \_\_\_\_\_ e eu participamos na definição dos objetivos do meu tratamento.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

5. O/A \_\_\_\_\_ e eu nos respeitamos mutuamente.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

6. O/A \_\_\_\_\_ e eu trabalhamos para os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

7. Sinto que o/a \_\_\_\_\_ me admira.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

8. O/A \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo com o que eu preciso fazer para melhorar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

9. Sinto que o/a \_\_\_\_\_ se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que ele/ela não aprova.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

10. Sinto que aquilo que faço no tratamento me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

11. O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

12. Acredito que o modo como estamos trabalhando o meu problema é o correto.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

### 8.1.9 Satisfação

Por favor, responda as questões abaixo circulando a resposta que melhor descreve sua opinião a respeito de seu tratamento:

- 1: Discordo completamente;
- 2: Discordo;
- 3: Neutro;
- 4: Concordo;
- 5: Concordo completamente

		Discordo completamente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo completamente
2	O processo de registro foi adequado.	1	2	3	4	5
4	A localização da clínica não era conveniente.	1	2	3	4	5
6	Eu esperei muito tempo para ser atendido (a) pelo meu Fisioterapeuta.	1	2	3	4	5
7	Os horários de atendimento desta clínica foram convenientes para mim.	1	2	3	4	5
8	Meu Fisioterapeuta não ficou tempo suficiente comigo.	1	2	3	4	5
9	Meu Fisioterapeuta me explicou cuidadosamente os tratamentos que eu recebi.	1	2	3	4	5
10	Meu Fisioterapeuta me tratou respeitosamente.	1	2	3	4	5
13	Meu Fisioterapeuta não escutou as minhas queixas.	1	2	3	4	5
14	Meu Fisioterapeuta respondeu a todas as minhas questões.	1	2	3	4	5
15	Meu Fisioterapeuta aconselhou-me sobre formas de evitar futuros problemas.	1	2	3	4	5
16	A clínica e suas dependências estavam limpas.	1	2	3	4	5
17	A clínica utilizou equipamentos atualizados.	1	2	3	4	5
18	Meu fisioterapeuta forneceu-me instruções detalhadas sobre meu programa de exercícios para casa.	1	2	3	4	5
19	De uma forma geral, eu estou completamente satisfeito (a) com os serviços que eu recebi do meu Fisioterapeuta.	1	2	3	4	5
20	Eu retornaria a esta clínica para futuros serviços ou tratamento.	1	2	3	4	5

### 8.1.10 Roland Morris de Incapacidade

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldades em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas têm utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você ler (ou ouvir) estas frases poderá notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ler (ou ouvir) a lista pense em você hoje. Quando ler ou ouvir uma frase que descreve você hoje, responda sim.

Se a frase não descreve você, então responda não e siga para a próxima frase. Lembre-se, responda sim apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

(sim) (não)	1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas
(sim) (não)	2. Mudo de posição freqüentemente tentando deixar minhas costas confortáveis
(sim) (não)	3. Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.
(sim) (não)	4. Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
(sim) (não)	5. Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.
(sim) (não)	6. Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar frequentemente.
(sim) (não)	7. Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
(sim) (não)	8. Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
(sim) (não)	9. Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.
(sim) (não)	10. Eu somente fico de pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.
(sim) (não)	11. Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar
(sim) (não)	12. Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
(sim) (não)	13. As minhas costas doem quase o tempo todo.
(sim) (não)	14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa de minhas costas
(sim) (não)	15. Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas
(sim) (não)	16. Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
(sim) (não)	17. Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
(sim) (não)	18. Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
(sim) (não)	19. Por causa de minhas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
(sim) (não)	20. Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.
(sim) (não)	21. Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas
(sim) (não)	22. Por causa de minhas dores nas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
(sim) (não)	23. Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagorosamente do que o habitual.
(sim) (não)	24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.

### 8.1.11 Escala Funcional Especifica do Paciente

#### Leia na avaliação inicial

Eu vou pedir para você identificar até 3 atividades importantes que você está incapaz de fazer ou tem dificuldade de realizar como resultado do seu problema. Hoje, há alguma atividade que você está incapaz de fazer ou tem dificuldade de realizar por causa de seu problema? (mostre a escala)

#### Leia nas visitas seguintes

Quando eu avalei você (diga a data da avaliação anterior), você me disse que tinha dificuldades com (leia 1, 2, 3 da lista). Hoje você ainda tem dificuldade com a atividade 1 (solicite ao paciente dar nota a essa atividade); 2 (solicite ao paciente dar nota a essa atividade); 3 (solicite ao paciente dar nota a essa atividade).

Atividade	Nota	Data
1.		
2.		
3.		

Esquema de notas (mostre a escala ao paciente):

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Incapaz										Capaz de realizar a
para										atividade como você
realizar										realizava antes
a atividade										da lesão.

### 8.1.12 Escala Tampa para Cinesiofobia

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor indique um número de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e depois, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu tenho medo que eu possa me machucar se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo esta me dizendo que algo muito errado esta acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição medica a serio.	1	2	3	4
6. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor, não significa que e perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário e a atitude mais segura que eu posso tomar para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não e realmente seguro para uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim e muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando esta com dor.	1	2	3	4



# **Antes da Segunda Sessão**

## Escala de Pontuação da Sessão

Nome \_\_\_\_\_ Idade (Anos): \_\_\_\_\_ ID n° \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Sessão(n°): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Por favor, dê uma nota para a sessão de hoje colocando uma marca na linha o mais próximo da descrição que melhor se encaixa em sua experiência.

Eu não me senti ouvido, compreendido e respeitado.

Nós não trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar a respeito.

A abordagem do terapeuta não é bem adequada para mim.

Tinha alguma coisa faltando na sessão de hoje.

### Relacionamento

### Objetivos e tópicos

### Abordagem ou Método

### Em Geral

Eu me senti ouvido, compreendido e respeitado.

Nós trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar a respeito.

A abordagem do terapeuta é bem adequada para mim.

Em geral, a sessão de hoje foi certa/boa para mim.

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

## Inventário de Aliança Terapêutica - WAI

### Versão reduzida C

Instruções: Abaixo, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu terapeuta. Após cada frase há uma escala de cinco pontos. Para cada frase, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente. Vale ressaltar que a escala de resposta não é a mesma para todas as frases. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder todos os itens.

7- Como resultado desta(s) sessão (sessões) fica mais claro para mim como será possível eu mudar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

8- O que eu faço no tratamento me permite ver o meu problema de um novo modo.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

9- Acho que o/a \_\_\_\_\_ gosta de mim.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

10- O/A \_\_\_\_\_ e eu participamos na definição dos objetivos do meu tratamento.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

11- O/A \_\_\_\_\_ e eu nos respeitamos mutuamente.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

---

12- O/A \_\_\_\_\_ e eu trabalhamos para os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

13- Sinto que o/a \_\_\_\_\_ me admira.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

14- O/A \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo com o que eu preciso fazer para melhorar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

15- Sinto que o/a \_\_\_\_\_ se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que ele/ela não aprova.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

16- Sinto que aquilo que faço no tratamento me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

17- O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

18- Acredito que o modo como estamos trabalhando o meu problema é o correto.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

**2º mês após consulta**

Tipo de tratamento feito e número de sessões: \_\_\_\_\_

2 meses	Diário do investigador (Aderência)	Data	Presença em sessões supervisionadas (0- 100%)	Se não obteve 100% de presença, dar motivo	Realização dos exercícios prescritos para casa (0-100%)	Se não obteve 100% de realização, dar motivos

Sessões supervisionadas

0%

Presente

100%

Presente

Exercícios prescritos para casa

0%

Realizados

100%

Realizados

## Questionário Multidimensional de Locus de Controle de Saúde Formato C

Cada item abaixo é uma afirmativa sobre sua condição médica, com a qual você pode concordar ou discordar. Ao lado de cada afirmativa existe uma escala variando de: discordo fortemente (1) até concordo fortemente (6). Para cada item, nós gostaríamos que você circulasse o número que representa o quanto você concorda com a afirmativa. Quanto mais você concordar com a afirmativa, maior será o número que você irá circular. Quanto mais você discordar com uma afirmativa, menor será o número que você irá circular. Por favor, certifique-se que você responda **CADA ÍTEM** e que você circule **APENAS UM** número por item. Esta é uma medida de suas convicções pessoais; obviamente, não existem respostas erradas ou certas.

1= DISCORDO FORTEMENTE (DF)

4= CONCORDO LEVEMENTE (C)

2= DISCORDO MODERADAMENTE (DM)

5= CONCORDO MODERADAMENTE (CM)

3= DISCORDO LEVEMENTE (D)

6= CONCORDO FORTEMENTE (CF)

	DF	DM	D	C	CM	CF
1- Se a minha dor nas costas piora, é o meu próprio comportamento que determina o quanto mais cedo eu irei me sentir melhor de novo.	1	2	3	4	5	6
2- Quanto à minha dor nas costas, "seja o que Deus quiser".	1	2	3	4	5	6
3- Se eu visitar meu médico regularmente, é menos provável que eu tenha problemas com as minhas costas.	1	2	3	4	5	6
4- A maioria das coisas que afeta a dor nas minhas costas acontece comigo por acaso.	1	2	3	4	5	6
5- Toda vez que a minha dor nas costas piora, eu devo consultar um profissional da saúde.	1	2	3	4	5	6
6- Eu sou diretamente responsável pela piora ou melhora da dor nas minhas costas.	1	2	3	4	5	6
7- Outras pessoas têm um papel forte se minha dor nas costas melhora, fica a mesma coisa ou piora.	1	2	3	4	5	6
8- O que acontece de errado com a minha dor nas costas é minha própria culpa.	1	2	3	4	5	6
9- A sorte tem um importante papel em determinar como a minha dor nas costas melhora.	1	2	3	4	5	6
10- Para que a minha dor nas costas melhore, outras pessoas são responsáveis por fazerem as coisas certas.	1	2	3	4	5	6
11- Qualquer melhora que ocorra com a minha dor nas costas está fortemente ligada à sorte.	1	2	3	4	5	6
12- A principal coisa que afeta a minha dor nas costas é o que eu mesmo faço.	1	2	3	4	5	6
13- Eu mereço o crédito quando a minha dor nas costas melhora e a culpa quando ela piora.	1	2	3	4	5	6
14- Seguir os conselhos do médico à risca é a melhor maneira de evitar que a minha dor nas costas piore.	1	2	3	4	5	6
15- Se a minha dor nas costas piora é coisa do destino.	1	2	3	4	5	6
16- Se eu tiver sorte, a minha dor nas costas vai melhorar.	1	2	3	4	5	6
17- Se a minha dor nas costas passar a piorar, é porque eu não estou cuidando de mim mesmo adequadamente.	1	2	3	4	5	6
18- O tipo de ajuda que eu recebo de outras pessoas determina o quanto mais cedo eu vou melhorar.	1	2	3	4	5	6

### **Escala Numérica para Dor**

Eu gostaria que você desse uma nota para sua dor numa escala de 0 a 10 onde 0 seria nenhuma dor e 10 seria a pior dor possível. Por favor, dê um número para descrever sua média de dor nas últimas 24 horas.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Nenhuma dor

Pior dor possível



## Escala de Pontuação da Sessão

Nome \_\_\_\_\_ Idade (Anos): \_\_\_\_\_ ID n° \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Sessão(n°): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Por favor, dê uma nota para a sessão de hoje colocando uma marca na linha o mais próximo da descrição que melhor se encaixa em sua experiência.

Eu não me senti ouvido, compreendido e respeitado.

Nós não trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar  
a respeito.  
A abordagem do terapeuta não é bem adequada para mim.

Tinha alguma coisa faltando na sessão de hoje.

### Relacionamento

### Objetivos e tópicos

### Abordagem ou Método

### Em Geral

Eu me senti ouvido, compreendido e respeitado.

Nós trabalhamos ou conversamos sobre o que eu queria trabalhar e conversar a respeito.

A abordagem do terapeuta é bem adequada para mim.

Em geral, a sessão de hoje foi certa/boa para mim.

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

# Inventário de Aliança Terapêutica - WAI

## Versão reduzida C

Instruções: Abaixo, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu terapeuta. Após cada frase há uma escala de cinco pontos. Para cada frase, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente. Vale ressaltar que a escala de resposta não é a mesma para todas as frases. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder todos os itens.

1 Como resultado desta(s) sessão (sessões) fica mais claro para mim como será possível eu mudar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

2 O que eu faço no tratamento me permite ver o meu problema de um novo modo.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

3 Acho que o/a \_\_\_\_\_ gosta de mim.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

4 O/A \_\_\_\_\_ e eu participamos na definição dos objetivos do meu tratamento.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

5 O/A \_\_\_\_\_ e eu nos respeitamos mutuamente.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

---

6 O/A \_\_\_\_\_ e eu trabalhamos para os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

7 Sinto que o/a \_\_\_\_\_ me admira.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

8 O/A \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo com o que eu preciso fazer para melhorar.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

9 Sinto que o/a \_\_\_\_\_ se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que ele/ela não aprova.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

10 Sinto que aquilo que faço no tratamento me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

11 O/A \_\_\_\_\_ e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

12 Acredito que o modo como estamos trabalhando o meu problema é o correto.

Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

---

## Satisfação

Por favor, responda as questões abaixo circulando a resposta que melhor descreve sua opinião a respeito de seu tratamento:

1: Discordo completamente;

2: Discordo;

3: Neutro;

4: Concordo;

5: Concordo completamente

		Discordo completamente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo completamente
2	O processo de registro foi adequado	1	2	3	4	5
4	A localização da clínica não era conveniente.	1	2	3	4	5
6	Eu esperei muito tempo para ser atendido (a) pelo meu Fisioterapeuta.	1	2	3	4	5
7	Os horários de atendimento desta clínica foram convenientes para mim.	1	2	3	4	5
8	Meu Fisioterapeuta não ficou tempo suficiente comigo.	1	2	3	4	5
9	Meu Fisioterapeuta me explicou cuidadosamente os tratamentos que eu recebi.	1	2	3	4	5
10	Meu Fisioterapeuta me tratou respeitosamente.	1	2	3	4	5
13	Meu Fisioterapeuta não escutou as minhas queixas.	1	2	3	4	5
14	Meu Fisioterapeuta respondeu a todas as minhas questões.	1	2	3	4	5
15	Meu Fisioterapeuta aconselhou-me sobre formas de evitar futuros problemas.	1	2	3	4	5
16	A clínica e suas dependências estavam limpas.	1	2	3	4	5
17	A clínica utilizou equipamentos atualizados.	1	2	3	4	5
18	Meu Fisioterapeuta forneceu-me instruções detalhadas sobre meu programa de exercícios para casa.	1	2	3	4	5
19	De uma forma geral, eu estou completamente satisfeito (a) com os serviços que eu recebi do meu Fisioterapeuta.	1	2	3	4	5
20	Eu retornaria a esta clínica para futuros serviços ou tratamento.	1	2	3	4	5

## Roland Morris

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldades em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas têm utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você ler (ou ouvir) estas frases poderá notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ler (ou ouvir) a lista pense em você hoje. Quando ler ou ouvir uma frase que descreve você hoje, responda sim.

Se a frase não descreve você, então responda não e siga para a próxima frase. Lembre-se, responda sim apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

(sim) (não)	1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas
(sim) (não)	2. Mudo de posição freqüentemente tentando deixar minhas costas confortáveis
(sim) (não)	3. Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.
(sim) (não)	4. Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
(sim) (não)	5. Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.
(sim) (não)	6. Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar frequentemente.
(sim) (não)	7. Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
(sim) (não)	8. Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
(sim) (não)	9. Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.
(sim) (não)	10. Eu somente fico de pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.
(sim) (não)	11. Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar
(sim) (não)	12. Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
(sim) (não)	13. As minhas costas doem quase o tempo todo.
(sim) (não)	14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa de minhas costas
(sim) (não)	15. Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas
(sim) (não)	16. Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
(sim) (não)	17. Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
(sim) (não)	18. Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
(sim) (não)	19. Por causa de minhas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
(sim) (não)	20. Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.
(sim) (não)	21. Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas
(sim) (não)	22. Por causa de minhas dores nas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
(sim) (não)	23. Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagorosamente do que o habitual.
(sim) (não)	24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.

## Escala Funcional Especifica do Paciente

### Leia na avaliação inicial

Eu vou pedir para você identificar até 3 atividades importantes que você está incapaz de fazer ou tem dificuldade de realizar como resultado do seu problema. Hoje, há alguma atividade que você está incapaz de fazer ou tem dificuldade de realizar por causa de seu problema? (mostre a escala)

### Leia nas visitas seguintes

Quando eu avaliei você (diga a data da avaliação anterior), você me disse que tinha dificuldades com (leia 1, 2, 3 da lista). Hoje você ainda tem dificuldade com a atividade 1 (solicite ao paciente dar nota a essa atividade); 2 (solicite ao paciente dar nota a essa atividade); 3 (solicite ao paciente dar nota a essa atividade).

Atividade	Nota	Data
1.		
2.		
3.		

Esquema de notas (mostre a escala ao paciente):

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Incapaz										Capaz de realizar a
para										atividade como você
realizar										realizava antes
a atividade										da lesão.

## Escala Tampa para Cinesiofobia

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor indique um número de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e depois, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu tenho medo que eu possa me machucar se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo esta me dizendo que algo muito errado esta acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição medica a serio.	1	2	3	4
6. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor, não significa que e perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário e a atitude mais segura que eu posso tomar para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não e realmente seguro para uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim e muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando esta com dor.	1	2	3	4

**“Análise das propriedades psicométricas do Inventário de Aliança Terapêutica no tratamento fisioterápico de pacientes com dor lombar.”**



**Fisioterapeuta**



### 8.2.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Paciente e Terapeuta)

Título da Pesquisa: **“A ALIANÇA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DE PACIENTES COM DOR LOMBAR NÃO ESPECÍFICA”**

Orientador: Prof. Dr. RÚBEN DE FARIA NEGRÃO FILHO

Orientanda: AMANDA COSTA ARAUJO

1. **Natureza da pesquisa:** Você está sendo convidado para participar do estudo denominado “A aliança terapêutica de pacientes com dor lombar não específica”. O objetivo é investigar o impacto que a aliança terapêutica fisioterapeuta-paciente possui nos desfechos clínicos após o tratamento do paciente com dor lombar. Nós esperamos aprender um pouco mais sobre a relação fisioterapeuta-paciente, mais especificamente se a aliança estabelecida pelo fisioterapeuta e o paciente pode influenciar na melhora clínica do paciente. Pretendemos ainda fazer a adaptação cultural do questionário de aliança terapêutica para a população brasileira. O estudo será conduzido por Amanda Costa Araujo fisioterapeuta e aluna do mestrado em Fisioterapia sob a supervisão do Prof<sup>o</sup> Dr. Rúben de Faria Negrão Filho da Faculdade de Ciência e Tecnologia da UNESP.
2. **Participantes da pesquisa:** Serão selecionados 10 fisioterapeutas e 50 pacientes que se apresentarem para tratamento de sua dor lombar, e que não tem qualquer enfermidade séria da coluna vertebral, não esteja grávida, entenda e fale a língua portuguesa; e tenha mais do que 18 anos de idade.
3. **Sobre as entrevistas:** Se você decidir participar, será perguntado se você concorda em responder questionários nos quais iremos coletar informações sobre você (tal como sua idade, sexo, emprego, experiência com fisioterapia) e informações clínicas sobre sua dor lombar. Nós também vamos medir várias condições a seu respeito usando os seguintes questionários:
  - Inventário de Aliança Terapêutica (Working Alliance Inventory)
  - Questionário de avaliação da sessão (Session Rating Scale)
  - Escala Numérica para Dor (0-10)
  - Questionário de Incapacidade (Roland-Morris 0-24)
  - Escala de Função Específica do Paciente (0-10)
  - Questionário multidimensional de locus de controle da saúde
  - Questionário de Cinesiofobia (Tampa)
4. Nós pediremos para você completar os questionários (1) e (2) três vezes: no final do primeiro encontro, antes da segunda sessão e após completar o seu programa de

tratamento fisioterapêutico (após 2 meses da primeira sessão). Os questionários (3), (4), (5) e (6) serão completados apenas após o final do primeiro encontro e após completar o seu programa de tratamento fisioterapêutico (após 2 meses da primeira sessão). Após o registro da primeira sessão, o tempo estimado para completar os questionários é de 20 minutos.

5. Para o fisioterapeuta nós iremos coletar informações sobre seus anos de experiência como fisioterapeuta, sexo, idade e qualquer treinamento prévio que você tenha realizado a respeito de técnicas de entrevista. Nós também vamos perguntar a você questões sobre o projeto no final da primeira sessão de tratamento.
6. **Envolvimento na pesquisa:** A participação neste estudo é inteiramente voluntária: você não é obrigado a participar e, se aceitar participar você poderá sair a qualquer momento. Seja qual for sua decisão, isto não afetará seu tratamento ou sua relação com a equipe terapêutica.
7. Você poderá parar a entrevista a qualquer tempo. Sua decisão de não participar ou participar não prejudicará seu atual ou futuro tratamento, o fisioterapeuta responsável pelo seu tratamento (ou o paciente) e os funcionários da clínica não terão acesso aos dados coletados nestes questionários
8. Sua decisão de não participar ou participar não prejudicará seu atual ou futuro tratamento, ou sua relação com a Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP – Campus de Presidente Prudente ou com qualquer outra instituição que estiver cooperando com este estudo, ou mesmo qualquer pessoa que esteja tratando de você. Se você decidir participar estará livre para retirar seu consentimento e para descontinuar sua participação a qualquer tempo sem prejuízo.
9. Quando você estiver lendo esta informação Amanda Costa Araujo, discutirá com você sobre o projeto e responderá qualquer questão sobre dúvidas que você possa ter.
10. **Riscos e desconforto:** *Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*
11. **Confidencialidade:** Qualquer informação obtida com este estudo e que possa identificá-lo será mantida de forma confidencial e será divulgada somente com a sua permissão, ou se a mesma for solicitada pela lei. Somente os investigadores nomeados abaixo terão acesso à informações dos participantes. Se você nos der sua permissão através da assinatura deste documento, o resultado do estudo poderá ser submetido para publicação, mas a participação individual não será identificável neste encaminhamento.
12. **Benefícios:** Considerando que poderemos obter mais conhecimentos a partir deste estudo de pesquisa e que poderá melhorar o tratamento desta condição no futuro, nós não podemos assegurar ou prometer que você receberá qualquer benefício a partir deste estudo.
13. **Pagamento:** *A sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

### Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

**Orientador: Rúben de Faria Negrão Filho (Telefone: 3221-1977)**

**Orientanda: Amanda Costa Araujo (Telefone: 8804-9340)**

**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Edna Maria do Carmo**

**Vice-Coodenadora: Profa. Dra. Regina Coeli Vasques de Miranda**

**Telefone do Comitê: 3229-5315 ou 3229-5526**

**E-mail [cep@fct.unesp.br](mailto:cep@fct.unesp.br)**

# **Medidas Iniciais**

Local de Tratamento: \_\_\_\_\_

### 8.2.2 Características do Fisioterapeuta

Tempo de experiência: \_\_\_\_\_

Qualificações: \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço: \_\_\_\_\_

Treinamento prévio em técnicas para entrevista/comunicação:  Sim  Não

Comentarios: \_\_\_\_\_

QUESTIONÁRIOS - FISIOTERAPEUTAS		
DADOS PESSOAIS		Nº.
Nome:		
Data de nascimento / /	Idade:	Sexo: Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
Tel.:		
Tempo de formado:	Data da Avaliação: / /	
<b>Especialização:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Curso:		
Pós-Graduação: Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/>		
Cursos complementares:		
<b>Tratamento :</b>		
<input type="checkbox"/> Terapia Manual	<input type="checkbox"/> Exercícios Específicos de Estabilização	<input type="checkbox"/> Mackenzie
<input type="checkbox"/> Recursos Eletrotermoterápicos (Tens, US, Ondas curtas,...)	<input type="checkbox"/> Pilates	<input type="checkbox"/> Massoterapia
<input type="checkbox"/> Exercícios Gerais (alongamento e fortalecimento global)	<input type="checkbox"/> Reeducação Posural Global (RPG)	<input type="checkbox"/> Hidroterapia
		<input type="checkbox"/> Acunpultura
<b>Outros e Obs.:</b>		

### 8.2.3 Inventário de aliança terapêutica - WAI

Na página seguinte, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu cliente.

Na medida em que você lê as afirmativas, insira mentalmente o nome do seu cliente no local do \_\_\_\_\_ no texto.

Abaixo de cada afirmativa há uma escala de 0 a 7 pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Se a afirmativa descreve o modo como você **sempre** sente (ou pensa), circule o número 7; se a afirmativa **nunca** se aplica a você, circule o número 1.

Use os números intermediários para descrever as variações entre os dois extremos.

O questionário é CONFIDENCIAL, o terapeuta ou outro membro da clínica não terão acesso as suas respostas.

Responda rápido, suas primeiras impressões são as mais importantes.

(POR FAVOR, NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER TODOS OS ITENS)

Obrigado pela colaboração.

1. \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

2. Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa atual atividade no tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

3. Eu acho que o/a \_\_\_\_\_ gosta de mim.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

4. Eu tenho dúvidas sobre o que estamos tentando conseguir no tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

5. Eu tenho confiança na minha capacidade para ajudar o/a \_\_\_\_\_.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

6. Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

7. Eu admiro a/o \_\_\_\_\_ como pessoa.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

8. Nós concordamos em relação ao que é importante para o/a \_\_\_\_\_ fazer.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

9. \_\_\_\_\_ e eu construímos uma confiança mútua.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

10. \_\_\_\_\_ e eu temos ideias diferentes sobre o seu real problema.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

11. Nós estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o/a \_\_\_\_\_.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

12. \_\_\_\_\_ acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

# **Antes da Segunda Sessão**



# Inventário de Aliança Terapêutica - WAI

Na página seguinte, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu cliente.

Na medida em que você lê as afirmativas, insira mentalmente o nome do seu cliente no local do \_\_\_\_\_ no texto.

Abaixo de cada afirmativa há uma escala de 0 a 7 pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Se a afirmativa descreve o modo como você **sempre** sente (ou pensa), circule o número 7; se a afirmativa **nunca** se aplica a você, circule o número 1.

Use os números intermediários para descrever as variações entre os dois extremos.

O questionário é CONFIDENCIAL, o terapeuta ou outro membro da clínica não terão acesso as suas respostas.

Responda rápido, suas primeiras impressões são as mais importantes.

(POR FAVOR, NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER TODOS OS ITENS)

Obrigado pela colaboração.

1. \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

2. Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa atual atividade no tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

3. Eu acho que o/a \_\_\_\_\_ gosta de mim.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

4. Eu tenho dúvidas sobre o que estamos tentando conseguir no tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

5. Eu tenho confiança na minha capacidade para ajudar o/a \_\_\_\_\_.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

6. Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

7. Eu admiro a/o \_\_\_\_\_ como pessoa.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

8. Nós concordamos em relação ao que é importante para o/a \_\_\_\_\_ fazer.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

9. \_\_\_\_\_ e eu construímos uma confiança mútua.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

10. \_\_\_\_\_ e eu temos ideias diferentes sobre o seu real problema.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

11. Nós estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o/a \_\_\_\_\_.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

12. \_\_\_\_\_ acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

## 2 meses após a primeira sessão

Tipos de tratamento realizado e número de sessões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Inventário de Aliança Terapêutica - WAI

Na página seguinte, você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir em relação ao seu cliente.

Na medida em que você lê as afirmativas, insira mentalmente o nome do seu cliente no local do \_\_\_\_\_ no texto.

Abaixo de cada afirmativa há uma escala de 0 a 7 pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Se a afirmativa descreve o modo como você **sempre** sente (ou pensa), circule o número 7; se a afirmativa **nunca** se aplica a você, circule o número 1.

Use os números intermediários para descrever as variações entre os dois extremos.

O questionário é CONFIDENCIAL, o terapeuta ou outro membro da clínica não terão acesso as suas respostas.

Responda rápido, suas primeiras impressões são as mais importantes.

(POR FAVOR, NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER TODOS OS ITENS)

Obrigado pela colaboração.

1. \_\_\_\_\_ e eu estamos de acordo acerca dos passos que devem ser tomados para melhorar a sua situação.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

---

2. Meu cliente e eu nos sentimos confiantes em relação à utilidade da nossa atual atividade no tratamento.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

3. Eu acho que o/a \_\_\_\_\_ gosta de mim.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

---

4. Eu tenho dúvidas sobre o que estamos tentando conseguir no tratamento.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

5. Eu tenho confiança na minha capacidade para ajudar o/a \_\_\_\_\_.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

6. Nós estamos trabalhando para alcançar os objetivos que foram estabelecidos em conjunto.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

7. Eu admiro a/o \_\_\_\_\_ como pessoa.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

8. Nós concordamos em relação ao que é importante para o/a \_\_\_\_\_ fazer.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

9. \_\_\_\_\_ e eu construímos uma confiança mútua.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

10. \_\_\_\_\_ e eu temos ideias diferentes sobre o seu real problema.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

11. Nós estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o/a \_\_\_\_\_.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---

12. \_\_\_\_\_ acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.

1 2 3 4 5 6 7  
Nunca Raramente Ocasionalmente Algumas vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

---