

Andreia Filipa Fernandes Silva

**Adaptação cultural e linguística para a população  
portuguesa do instrumento de medição “The Pelvic Girdle  
Questionnaire”**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Fisioterapia,  
na Especialidade de Saúde da Mulher**

**Orientador(es):** Professor Doutor Luís Manuel Neves da Silva Cavalheiro

Professor António Manuel Fernandes Lopes

Dezembro, 2019

Andreia Filipa Fernandes Silva

## **Adaptação cultural e linguística para a população portuguesa do instrumento de medição “The Pelvic Girdle Questionnaire”**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Fisioterapia,  
na Especialidade de Saúde da Mulher**

**Orientador(es):** Professor Doutor Manuel Neves da Silva Cavalheiro

Professor António Manuel Fernandes Lopes

**Júri:**

**Presidente:**

Professora Doutora Maria da Lapa Capacete Rosado

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Vogais:**

Professor Doutor Luís Manuel Neves da Silva Cavalheiro

Professor Adjunto na Escola Superior de Tecnologias e Saúde de Coimbra

Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de  
Castelo Branco

Dezembro, 2019

## Resumo

**Introdução:** O “*Pelvic Girdle Questionnaire*” (PGQ) é um instrumento de medição que avalia os sintomas e a limitação funcional, em mulheres com dor na cintura pélvica (DCP), tanto na gravidez como no pós-parto. É rápido e simples de administrar, caracterizando-se como uma ferramenta de otimização do diagnóstico da condição, permitindo a gestão da DCP, bem como possibilita aos investigadores e clínicos a avaliação da evolução das intervenções em doentes com DCP.

**Objetivo:** Traduzir e adaptar cultural e linguisticamente o PGQ para a população portuguesa.

**Metodologia:** O processo de adaptação cultural e linguística para a população portuguesa compreendeu cinco fases: Tradução, Síntese de tradução, Retroversão, Painel de revisão clínica e Teste da versão pré-final do questionário. A fase da versão pré-final do questionário foi testada em 14 mulheres que experienciavam DCP durante a gravidez ou nos primeiros cinco meses após o parto.

**Resultados:** A partir dos resultados da tradução, síntese de tradução e retroversão foi desenvolvida uma versão do PGQ em português. Durante a fase de painel de revisão clínica não foram encontradas diferenças semânticas entre a versão analisada e a original. Da análise global do instrumento, pelos participantes em estudo, resultou o consenso de que o questionário é claro, de fácil compreensão e resposta, é curto e adequado à população a que se dirige.

**Conclusão:** Foi obtida a versão portuguesa do questionário sobre a cintura pélvica, equivalente em termos semânticos e de conteúdo à versão original. Estudos futuros devem debruçar-se na análise das propriedades psicométricas do instrumento de medição.

**Palavras-Chave:** Questionário sobre a cintura pélvica, dor na cintura pélvica, gravidez, pós-parto, adaptação cultural e linguística.

## Abstract

**Background:** The Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ) is a measuring instrument that evaluate symptoms and functional limitation in women with pelvic girdle pain (PGP), for use during pregnancy and postpartum. It is quick and simple to administer, it is a tool for optimizing specific diagnosis and management in PGQ, as well as allows clinical investigation and clinical to evaluate the treatments in patients with PGP.

**Objective:** Cross-cultural adaptation of the PGQ to the portuguese population.

**Methodology:** The process of cross-cultural adaptation of the PGQ for the portuguese population was completed following 5-stage approach: forward translation, translation synthesis, back translation, expert committee review and testing of the prefinal version of the questionnaire. The prefinal version of the questionnaire was tested in 14 women who experienced PGP over the span of pregnancy or during the first five months postpartum.

**Results:** From the results of translation, translation synthesis and back translation was developed one a version of the PGQ in portuguese. During the stage of the expert committee not semantic diferences were observed between the synthesized version and the original. From the instrument global review, by the study participants, resulted in the consensus that questionnaire is clear, easy to understand and easy to answer, is short and proper to the population intended.

**Conclusions:** It was obtained equivalency in the portuguese version of the Pelvic Girdle Questionnaire in terms of semantics and contents. Future studies should develop the analysis of the psychometrics measure.

**Keywords:** Pelvic Girdle Questionnaire, pelvic girdle pain, pregnancy, postpartum period, cross-cultural adaptation.

## Introdução

Dor na cintura pélvica (DCP) é frequentemente relatada durante a gravidez e/ou no período pós-parto, sendo caracterizada como uma dor de origem músculo-esquelética que exclui causas ginecológicas ou urológicas. De acordo com as diretrizes europeias esta dor geralmente surge relacionada com a gravidez, trauma, artrite e/ou osteoartrite, entre a crista ilíaca posterior e a prega glútea, com especial incidência na região das articulações sacroilíacas, podendo ainda irradiar para a região posterior da coxa e surgir em conjunto ou separadamente da dor na sínfise púbica. Sendo esta uma dor incapacitante, pode provocar diminuição da capacidade de resistência para permanecer em pé, andar e sentar (Vleeming, Albert, Östgaard, Stureson & Stuge, 2008).

A incidência da DCP depende essencialmente da definição utilizada, dos instrumentos de diagnóstico (por exemplo: história clínica, questionários de avaliação de dor, testes clínicos) e dos desenhos metodológicos empregues nos estudos. Os autores Kanakaris, Roberts e Giannoudis (2011) consideram que a incidência varia entre 4% a 76% tendo em conta os estudos mais relevantes. Corroborando estes achados, outros autores relatam uma prevalência de 20% a 26% durante a gravidez (Vleeming *et al.*, 2008; Malmqvist *et al.*, 2012).

A DCP é uma condição multifatorial com uma etiologia parcialmente desconhecida, no entanto os mecanismos ineficazes da estabilização da cintura pélvica resultantes do comprometimento mecânico ou motor, em combinação com os fatores hormonais relacionados com a gestação, podem ter um papel importante no seu desenvolvimento (Aldabe, Milosavljevic & Bussey, 2012; Hilde, Gutke, Slade & Stuge, 2016; Verstraete, Vanderstraeten & Parewijck, 2013).

Para os autores Vleeming *et al.* (2008) não existe uma explicação concreta para o aparecimento da maioria dos casos de DCP, porém durante a gravidez o corpo feminino é exposto a alguns fatores que influenciam a estabilidade dinâmica da bacia. Exemplo disso é o efeito das hormonas relaxina, progesterona e estrogénio, que provoca uma laxidão ligamentar de todo o corpo, especificamente da cintura pélvica. Consequentemente, o aumento da laxidão ligamentar traduz-se num aumento da amplitude articular das articulações da cintura pélvica e caso não exista uma compensação, ao nível do controlo neuromotor, pode originar dor.

Por outro lado, a revisão sistemática de Aldabe, Ribeiro, Milosavljevic e Bussey (2012) não permitiu correlacionar os níveis de relaxina com a DCP, isto é, os resultados apontam para uma correlação baixa entre ambas as premissas.

Salienta-se ainda que na revisão sistemática de Mens, Pool-Goudzwaard e Stam (2009), os autores concluíram que existe maior amplitude de movimento da articulação da sínfise púbica em doentes com DCP durante a gravidez ou puerpério, quando comparados com doentes sem DCP.

A anatomia típica das articulações sacro-ilíacas (caracterizada por uma textura de cartilagem, presença de sulcos revestidos de cartilagem, a forma do sacro em cunha e a forma de hélice da superfície articular da articulação sacro-ilíaca) leva a um aumento das forças de fricção entre a articulação. O referido atrito (forças de cisalhamento) pode ser alterado de acordo com a posição de carga e tem um papel importante na estabilização da cintura pélvica (Vleeming *et al.*, 2008).

Vários estudos tentaram associar tanto a alteração cinemática da cintura pélvica como a alteração do controlo motor da pélvis com a presença de DCP, no entanto os resultados não demonstram alto nível de evidência. Assim, Aldabe, Milosavljevic, *et al.* (2012) apenas concluíram que existe um nível moderado de evidência que relaciona as duas premissas, demonstrando a possível associação entre a mobilidade pélvica e a alteração do controlo motor como causa ou consequência da DCP.

Além disso, as alterações posturais da coluna vertebral podem ser causadas pela gravidez pois tanto o aumento da lordose como a tendência para retificação da coluna lombar, são relatados como prevalentes durante esta fase (Okanishi, Kito, Akiyama & Yamamoto, 2012; Whitcome, Shapiro & Lieberman, 2007).

Durante a gravidez, a postura de hiperlordose compensatória da coluna lombar ocorre quando o centro de gravidade se desloca para a frente, devido ao peso do útero. Esta alteração do centro de gravidade provoca uma flexão adicional na coluna lombar, tendo como consequência, um aumento da carga da musculatura lombar, bem como o aumento da tensão dos ligamentos sacro-ilíacos, uma vez que as estruturas tendem a resistir à anteriorização do ílaco. À medida que a gravidez progride estes ligamentos (sacro-ilíacos) tornam-se laxos, permitindo assim uma maior anteriorização do ílaco e uma hiperlordose da coluna lombar, que consequentemente provocam uma maior tensão nas articulações da cintura pélvica e da região lombar (Casagrande, Gugala, Clark & Lindsey, 2015).

Existe também a hipótese, o aumento da atividade muscular dos músculos do pavimento pélvico em doentes com DCP, poder estar presente com o objetivo de estabilizar as articulações sacro-ilíacas, e assim gerar um aumento da estabilidade pélvica. No entanto, essa excessiva atividade e a perda de controlo motor dos músculos do pavimento pélvico influenciam os mecanismos motores voluntários e reflexos da continência. O mesmo estudo ainda demonstra um aumento significativo de queixas sexuais em doentes com DCP, justificada pela perda do controlo motor dos músculos do pavimento pélvico (Pool-Goudzwaard *et al.*, 2005).

A mais recente revisão da literatura veio confirmar a relação entre os sintomas perineais e a DCP, demonstrando que os doentes com DCP apresentaram: alterações morfológicas (uma diminuição da área muscular do hiato urogenital e uma posição inferior do reto), alterações da biomecânica perineal (aumento do tônus perineal, diminuição da resistência e atraso no início da contração perineal), uma diminuição do limiar de dor à palpação dos músculos elevador do ânus e obturador interno, e uma maior prevalência de distúrbios vesico-esfincterianos (Rejano-Campo, Desvergée & Pizzoferrato, 2018).

O aparecimento da DCP é frequentemente observado no início da gravidez, em que 40% das mulheres apresentam sintomas de DCP (moderados a intensos) no quinto mês de gestação e picos de intensidade de dor entre a 24<sup>a</sup> e a 36<sup>a</sup> semana (Malmqvist *et al.*, 2012; Wu *et al.*, 2004).

Segundo a recente revisão sistemática de Mackenzie, Murray e Lusher (2018) a DCP tem um grande impacto emocional e psicológico nas mulheres grávidas, assim como nas suas famílias. Tanto a vida cotidiana como a atividade laboral são afetadas, sendo que, as mulheres sentem-se dependentes dos seus familiares e dos colegas de trabalho, sentem-se frustradas, com falta de mobilidade e culpadas por não conseguirem desempenhar os seus papéis de vida normais.

Outros estudos ainda acrescentam que as mulheres com DCP relatam falta de sono, dificuldade em realizar tarefas domésticas, *stress* psicológico, limitação nas atividades sociais, diminuição da capacidade de trabalho, estudo e uma vida sexual alterada. Algumas mulheres expressam preocupações sobre a sua capacidade de suportar possíveis gestações, sem tratamento efetivo para DCP (Elden, Lundgren & Robertson, 2013; Engeset, Stuge & Fegran, 2014; Robinson, Eskild, Heiberg & Eberhard-Gran, 2006).

Para além do já referido, a DCP é considerada uma das principais causas de afastamento laboral e/ou de licença médica durante a gravidez, pelo que 34% a 48% das mulheres estão em média 11-12 semanas de baixa por incapacidade laboral (Malmqvist *et al.*, 2015).

O diagnóstico de DCP deve contemplar uma história clínica e um exame físico. No registo clínico, Vleeming *et al.* (2008) recomendam que seja analisada a dor, com especial atenção à dor decorrente da permanência prolongada da posição de pé e na marcha. Para assegurar que a dor se localiza na área da cintura pélvica é importante que a mesma seja indicada, ou seja, a doente deve apontar a localização exata no seu corpo, ou de preferência indicar a área dolorosa num diagrama de localização de dor.

De acordo com as diretrizes europeias, o diagnóstico de DCP pode ser alcançado após exclusão de causas lombares. A dor ou as alterações funcionais, em relação à DCP, devem ser reprodutíveis por testes clínicos específicos (Vleeming *et al.*, 2008).

Enunciando os testes clínicos que permitem a diferenciação entre dor lombar e DCP podemos citar:

- Teste de provocação de dor (teste de provocação da dor pélvica posterior ou teste de compressão das estruturas posteriores do sacro, *Patrick's Faber test*, *Gaenslen's test* e o *modified Trendelenburg's test*);
- Teste de palpação do ligamento sacro-ilíaco posterior e da sínfise púbica;
- Teste funcional: *Active straight leg raise test* (ASLR).

O teste de provocação de dor pélvica posterior e o ASLR são os que apresentam maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de DCP. Já os testes com maior sensibilidade e especificidade para a articulação da sínfise púbica são: o teste de palpação da articulação e o *Modified Trendelenburg's Test* (Vleeming *et al.*, 2008).

Gutke, Hansson, Zetherström e Östgaard (2009) concluíram que o teste de provocação da dor pélvica posterior é negativo em doentes com diagnóstico de patologia lombar, o que permite a distinção entre esta e a DCP.

Não são recomendados exames imagiológicos (raio-X, TAC, cintilografia). Relativamente à ressonância magnética, poderá ser utilizada por forma a excluir a existência de patologia de espondilite anquilosante e no caso de existirem *red flags* (Vleeming *et al.*, 2008).

A DCP segundo Vleeming *et al.* (2008) declina rapidamente para 7% durante os primeiros três meses após o parto. Porém, Bergström, Persson, Nergård e Mogren (2017) analisaram a prevalência da DCP crónica a longo prazo, demonstrando que 12 anos após o parto cerca de 19% das mulheres ainda apresentavam dor com diversos graus de intensidade.

Os preditores sugeridos para a DCP, a longo prazo, incluem variáveis demográficas, tais como: idade, índice de massa corporal (IMC), força/função muscular, variáveis relacionadas com o parto (ex: cesariana), paridade, peso fetal elevado, distúrbios emocionais, nível educacional e variáveis relacionadas com dor lombar (ex: dor lombar anterior, hiper mobilidade, dor aguda e tempo superior ou igual a oito horas de sono ou repouso, por dia) (Bjelland, Stuge, Vangen, Stray-Pedersen & Eberhard-Gran, 2013; Mogren, 2006; Sjødahl, Gutke & Öberg, 2013; Stomp-Van Den Berg *et al.*, 2012; Wu *et al.*, 2004).

Vleeming *et al.* (2008) enumera os fatores de risco para o desenvolvimento de DCP durante a gravidez, sendo eles os antecedentes de história de dor lombar prévia e/ou trauma da bacia. Não existe consenso nos seguintes fatores, nomeadamente, plurípara e elevada carga de trabalho. Os fatores de não-risco são: pílulas anticoncecionais, intervalo de tempo desde a última gravidez, altura, peso, tabagismo e idade (idade jovem é um fator de risco).

### **Instrumentos de Medição**

Recorrendo ao protocolo de Hilde *et al.* (2016) a dor proveniente da região lombo-pélvica deverá ser avaliada segundo a intensidade da dor, o estado funcional, a qualidade de vida relacionada com a saúde, a melhoria geral e o impacto das atividades de vida diária e laboral.

A intensidade da dor deve ser medida pela escala visual analógica (EVA), ou outras escalas de avaliação de dor (*McGill Pain Questionnaire*, *Chronic Pain Grade Scale*). O estado funcional deve ser medido pelos questionários *Oswestry Low Back Pain* (LBP), *Oswestry Disability Index* (ODI), *Disability Rating Index* (DRI), *Quebec Back Pain Disability Scale*, *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ), *Pelvic Girdle Questionnaire* (PGQ), ou outras medidas de avaliação da incapacidade funcional. A qualidade de vida deverá ser medida pelo *Nottingham Health Profile*, *European Quality of Life with 5 Dimensions* (EQ-5D), *Assessment of Quality of Life questionnaire* (AqoL), *Short Form Health Survey 36* (SF-36), ou por outras medidas gerais de saúde e/ou de qualidade de vida relacionada com a saúde (Hilde *et al.*, 2016).

Além disso, o SCL-90-R (questionário de avaliação do estado psicológico em doentes com dor crónica) pode ser aplicado em doentes com DCP (Vleeming *et al.*, 2008).

Considerando que os instrumentos de medição são fundamentais enquanto ponto de partida para o estudo da DCP, foi possível identificar os que se encontram já traduzidos e validados para a língua portuguesa:

- *McGill Pain Questionnaire* (Figueiral, Cavalheiro, & Machado, 2006);
- *Oswestry Disability Index* (Martins, Patrício, Pereira, & Brás, 2003);
- *Quebec Back Pain Disability Scale* (Vieira, 2012);
- *Roland Morris Disability Questionnaire* (Gil, Cabri, & Ferreira, 2009b);
- *Nottingham Health Profile* (Melo & Ferreira, 2000);
- *Short Form Health Survey 36* (Ferreira, 2012);
- *Functional Abilities Confidence Scale* (Almeida, Gil, & Cabri, 2011);
- *S6IQ (Short 6 Item Questionnaire)* (Gil, Cabri, & Ferreira, 2009a).

Os instrumentos de medição enumerados caracterizam-se por serem utilizados como ferramenta de avaliação da dor, das limitações funcionais e do impacto da qualidade de vida proveniente da dor lombar, sendo que destes nenhum foi validado especificamente para a condição clínica de DCP, para além disso não foi possível identificar qualquer outro instrumento de medição para esta condição. Por consequência, Stuge, Garratt, Krogstad Jenssen e Grotle (2011) consideram que a DCP é uma condição distinta da dor lombar. Assim, as incapacidades funcionais apresentadas em doentes com DCP podem diferir das incapacidades sentidas pelos doentes com

dor lombar. Existem itens semelhantes aos do PGQ nos questionários de dor lombar, no entanto, nem todos os itens do PGQ se encontram nos questionários de dor lombar. Com isto, o PGQ poderá revelar-se como uma medida mais sensível para doentes com DCP.

O PGQ<sup>1</sup> foi o primeiro instrumento de medição construído com o objetivo de avaliar os sintomas e a limitação funcional (limitações da atividade) em mulheres com DCP, tanto na gravidez como no período pós-parto. Caracteriza-se como sendo uma ferramenta de otimização do diagnóstico da condição, permitindo a gestão da DCP e, por outro lado, também possibilita aos investigadores e clínicos, a avaliação da evolução das intervenções em doentes com DCP (Stuge *et al.*, 2011).

Os resultados das intervenções da fisioterapia, tendo por base a prática baseada na evidência científica, devem ser avaliados por medidas fiáveis, válidas e sensíveis à mudança. Segundo os autores do PGQ (2011), pretende-se com este instrumento avaliar o resultado da condição relatada pela doente tanto para avaliar aspetos da qualidade de vida, incluindo incapacidades funcionais, sintomas físicos, dor e sono, como para avaliar o impacto da intervenção clínica em doentes com DCP (Stuge *et al.*, 2011).

Os mesmos autores concluíram que os doentes com DCP relataram dificuldades funcionais semelhantes, tanto durante a gravidez como no período pós-parto, porém a intensidade dos sintomas nas grávidas é manifestamente superior. O que revela que o PGQ é uma medida de resultado apropriada para doentes com DCP durante a gravidez e no período pós-parto (Stuge *et al.*, 2011).

O PGQ foi desenvolvido em 2011 e consiste num questionário de 25 itens que inclui uma subescala de atividade (20 itens) e uma subescala de sintomas (5 itens). Cada item é pontuado segundo uma escala tipo *Likert* que varia entre 0 e 3, em que 0 significa “nenhuma/*Not at all*” e 3 “muita/*To a large extent*” (itens 1-20 e 23-25). Nos itens 21 e 22, 0 significa “nenhum/*None*” e 3 “forte/*Considerable*”. A pontuação final varia entre 0 e 100, pelo que 100 representa a condição com maior gravidade (Stuge *et al.*, 2011).

Além das vantagens anteriormente enumeradas o questionário é simples de administrar, demora apenas três minutos a ser concluído, sendo viável a sua utilização na prática clínica (Stuge *et al.*, 2011).

A versão original foi desenvolvida a partir de uma revisão da literatura e com base em informações recolhidas por um conjunto de fisioterapeutas. A validade facial e a validade de conteúdo foram comparadas e classificadas segundo a Classificação Internacional de

---

<sup>1</sup> Consultar Anexo I – Versão inglesa do Pelvic Girdle Questionnaire

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Após um estudo piloto o PGQ foi administrado a participantes com DCP, por meio de um questionário postal, em duas pesquisas. A primeira incluiu 94 participantes (52 grávidas), com o intuito de ajustar o número de itens do questionário. A segunda incluiu 87 participantes (43 grávidas), onde foi aplicado o modelo *Rasch*, foi estudado a consistência interna através do índice de fiabilidade de separação de pessoa (*person separation reliability index*), equivalente ao coeficiente alfa de *Cronbach* e o efeito chão e teto (Stuge *et al.*, 2011).

Para os 20 itens (subescala de atividade) o PGQ apresentou um bom ajuste ao modelo de *Rasch* (valor de qui-quadrado= 49,5 e  $p=0,145$ ), um valor de 0,86 de índice de fiabilidade de separação de pessoa e ausência de efeitos de chão e teto. Para os 5 itens (subescala de sintomas) o PGQ apresentou um razoável ajuste ao modelo de *Rasch* (valor de qui-quadrado= 21,8 e  $p=0,03$ ), um valor de 0,64 de índice de fiabilidade de separação de pessoa e ausência de efeitos de chão e teto (Stuge *et al.*, 2011).

A fiabilidade teste-reteste foi avaliada numa amostra aleatória de 42 participantes (21 grávidas) através do coeficiente de correlação intraclassa (CCI) e mostrou valores excelentes de correlação tanto para a subescala de atividade (CCI= 0,93, intervalo de confiança de 95%= 0,86-0,96) como para a subescala de sintomas (CCI= 0,91, intervalo de confiança de 95%= 0,84-0,95) (Stuge *et al.*, 2011).

Os erros-padrão entre as pontuações do teste-reteste foi de 5,21 para a subescala de atividade e 7,17 para a subescala de sintomas. Assim, os valores de repetibilidade, incluindo um intervalo de confiança de 95%, foram de 14,43 para a subescala de atividade e de 19,86 para a subescala de sintomas (Stuge *et al.*, 2011).

Grotle, Garratt, Krogstad Jenssen e Stuge (2012) estudaram a consistência interna através do coeficiente de alfa de *Cronbach*, a fiabilidade teste-reteste (ICC e mínima mudança detetável) e a validade de construção (convergente e discriminante) dos instrumentos de medição: PGQ, ODI, DRI, *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ), *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), e 8 itens do SF-36. Concluíram que todos os instrumentos de medição estudados apresentaram valores adequados de consistência interna, fiabilidade e validade de construção, porém o PGQ foi o único instrumento de medição com validade discriminatória relativamente à população (grávida e pós-parto) e aos locais de dor. Demonstrando assim que o PGQ é um questionário recomendado na avaliação de sintomas e incapacidades em doentes com DCP para fins clínicos e de investigação.

Recentemente Stuge, Krogstad Jenssen e Grotle (2017) estudaram o poder de resposta, determinaram a mínima diferença clinicamente importante (MDCI) do PGQ e compararam esses valores com outros instrumentos de medição de auto-preenchimento (ODI, DRI, 8 itens do SF-36,

EQ5D, Escala numérica de 0-10). Neste estudo o PGQ demonstrou ser um instrumento de medição responsivo com bom poder de resposta, tanto na abordagem de correlação (coeficiente de correlação de *spearman*) como na análise das curvas de ROC (*receiver operator characteristic*).

A escala total do PGQ bem como as subescalas de atividade e sintomas diferenciaram entre doentes com e sem melhoria. Os valores MDCI obtidos neste estudo foram de 25 para a subescala de atividade e de 20 para a subescala de sintomas, no entanto estes valores estão fortemente relacionados com as pontuações obtidas no momento inicial do PGQ. Estes resultados permitem afirmar que o PGQ é capaz de detetar mudanças reais nas subescalas dos sintomas e atividade em mulheres com DCP. Os mesmos autores ainda demonstraram que o PGQ apresenta excelentes níveis de poder de resposta comparativamente aos instrumentos de medição de auto-preenchimento analisados (Stuge *et al.*, 2017).

O PGQ foi construído e testado em norueguês e foi submetido a um processo de adaptação cultural e linguística para a língua inglesa. Até ao momento, o PGQ sofreu um processo de adaptação cultural e linguística para a língua franco-canadiana, espanhola e português do Brasil, portanto não é utilizável em Portugal (Girard, Marchand, Stuge, Ruchat & Descarreaux, 2016; Rejano-Campo *et al.*, 2017; Simões *et al.*, 2016).

Para que um questionário possa ser utilizado na prática clínica tanto por clínicos como investigadores, recomenda-se que seja submetido a um processo de adaptação cultural e linguística, para que possua a mesma equivalência semântica e idiomática, excluindo qualquer diferença de cultura, linguagem e percepção de saúde (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993).

Para a utilização de questionários num ambiente culturalmente diferente os itens devem ser adaptados culturalmente e linguisticamente. Proceder ao processo de adaptação cultural e linguística de um instrumento de medição relacionado com a saúde, em vez de criar um novo, tem vários benefícios, tais como: (Guillemin *et al.*, 1993)

- a) Proporciona uma medida comum para a investigação da condição, dentro de diferentes culturas;
- b) Oferece uma medida padrão para o uso em estudos internacionais;
- c) Permite a comparação entre grupos nacionais/culturais, baseada numa medida padrão projetada e adaptada para medir o fenómeno entre culturas;
- d) Permite a inclusão de imigrantes, evitando o viés de representar apenas a cultura dominante do país;
- e) É menos dispendioso e demorado do que gerar uma nova medida.

A adaptação cultural e linguística proposta por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) conduz à equivalência entre a cultura de origem e a cultura do país da tradução, permitindo

assim a manutenção da validade de conteúdo do instrumento. O processo de adaptação transcultural inclui tanto a tradução como a adaptação do instrumento de medição. Quando traduzido e adaptado culturalmente, o questionário é submetido a testes de validade de conteúdo, representando a fase final do processo.

Este estudo tem como objetivo proceder à adaptação cultural e linguística do PGQ para a população portuguesa, para que o mesmo possa ser utilizado em futuras investigações, bem como fazer parte do leque de instrumentos acessíveis a fisioterapeutas portuguesas que contactem com doentes com DCP.

## Metodologia

No âmbito da unidade curricular de Projeto (2ºano) da 8ª edição do Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Especialidade de Saúde da Mulher, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, em colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) realizou-se um estudo metodológico, tendo como objetivo efetuar o processo de adaptação cultural e linguística do instrumento de medição de sintomas e limitações funcionais para mulheres com DCP durante a gravidez e/ou período pós-parto, o “*The Pelvic Girdle Questionnaire*”.

Antes de se iniciar o estudo propriamente dito, uma das autoras da versão original do PGQ (profª. Doutora Britt Stuge) foi contactada, via correio eletrónico, tendo sido solicitada a sua autorização<sup>2</sup> para a adaptação e validação deste instrumento de medição para a população portuguesa.

Segundo Beaton *et al.* (2000) o processo de adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição é constituído por cinco fases: tradução inicial, síntese de tradução, retroversão, painel de revisão clínica e teste da versão pré-final, conforme ilustrados na Figura 1.

Posto isto e tendo em conta as fases anteriormente mencionadas, procedeu-se à adaptação cultural e linguística do PGQ:

### **Tradução Inicial**

A fase inicial do processo de tradução teve início em outubro de 2017, consistiu na tradução do instrumento de medição da língua inglesa para a língua portuguesa, realizada de forma independente e autónoma, por dois tradutores profissionais disponibilizados pelo CEISUC.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Consultar apêndice I – Pedido de autorização da autora do PGQ

<sup>3</sup> Consultar apêndice II e III – Tradução 1 e 2

Estes tradutores são portugueses, com domínio da língua inglesa e com experiência na tradução de documentos na área da saúde.

Nesta fase inicial pretendeu-se uma tradução do questionário do inglês para o português que refletisse a linguagem utilizada pela população comum e que realçasse os significados mais ambíguos do questionário original.

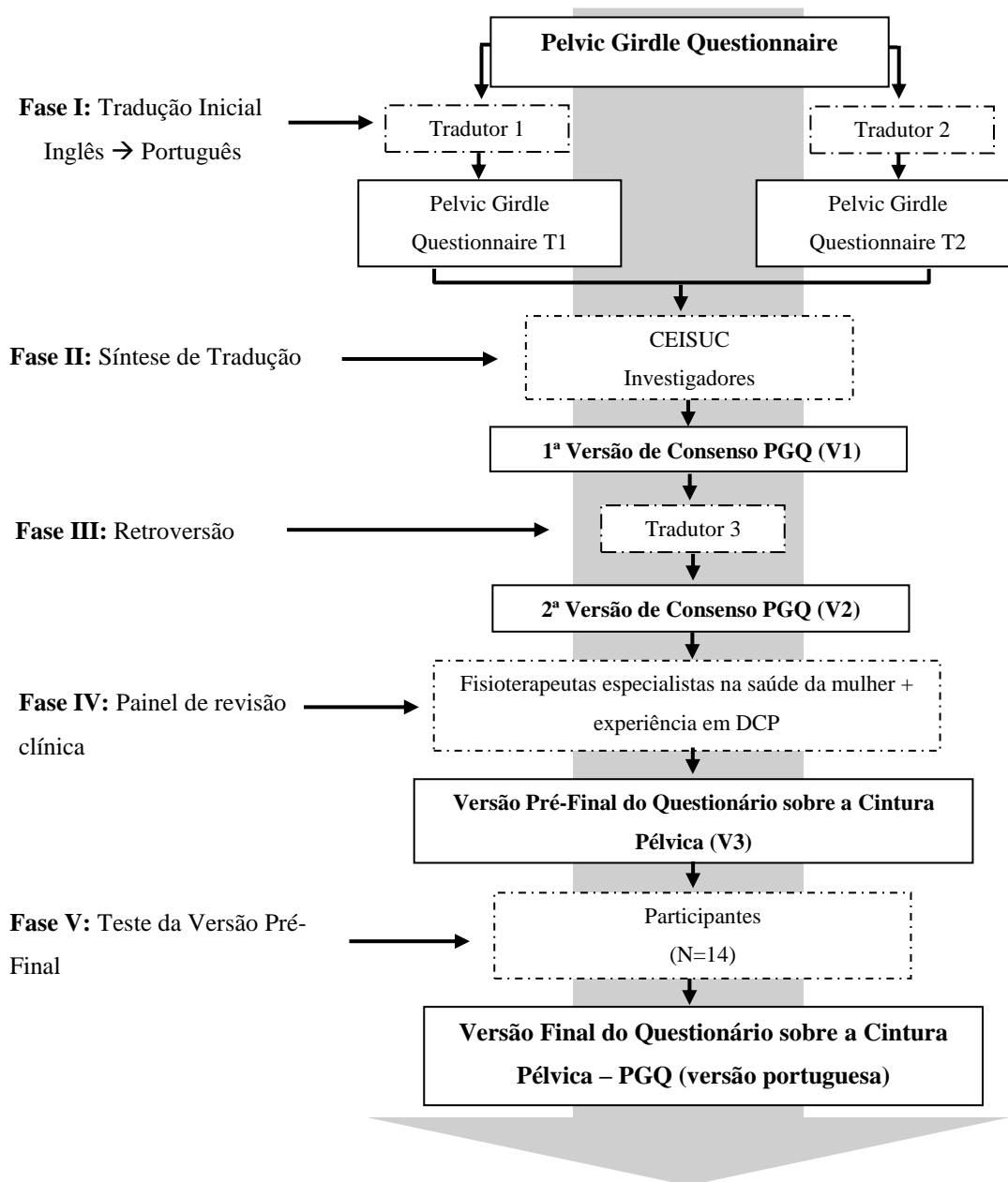


Figura 1- Esquema do processo de Adaptação Cultural e Linguística do PGQ para a População Portuguesa

### Síntese de Tradução

Nesta fase foi realizada uma reunião de consenso<sup>4</sup> nas instalações da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC) pela aluna e por colaboradores do CEISUC com o

<sup>4</sup> Consultar apêndice IV – Relatório da 1ª reunião de consenso

objetivo de sintetizar os resultados das traduções, no que respeita à clareza, linguagem coloquial e tradução literal, obtendo-se uma primeira versão de consenso na língua portuguesa (V1)<sup>5</sup>.

### **Retroversão**

Utilizando a V1 do questionário, um tradutor disponibilizado pelo CEISUC, que desconhecia completamente a versão original (versão inglesa), procedeu à tradução do questionário para o idioma original<sup>6</sup>.

Posteriormente, foi reunido um segundo painel de consenso<sup>7</sup> nas instalações da ESTeSC, tendo como objetivo verificar a equivalência semântica entre a retroversão (R1) e a versão original, obtendo assim a segunda versão de consenso do PGQ em português (V2)<sup>8</sup>.

Através do processo de retroversão foi-nos possível atestar a validade da tradução e, assim comprovar que a versão traduzida vai ao encontro do pretendido, isto é, reflete o mesmo conteúdo semântico da versão original. O acordo entre a retroversão e a versão original não garante por si só, uma tradução satisfatória da primeira versão de consenso, nem a considera incorreta, no entanto, é um fator demonstrativo da consistência da tradução. Assim, a retroversão é um processo que permite verificar a equivalência semântica, a deteção de incongruências que possam existir e/ou identificar a presença de erros conceptuais da tradução (Guillemin *et al.*, 1993).

### **Painel de Revisão Clínica**

Esta fase consiste na avaliação da qualidade da tradução produzida, para posteriormente construir a versão pré-final do questionário (V3) através da revisão de todas as traduções, com a colaboração de um painel de revisores clínico. Assim, a V2 foi analisada, sob a forma de relatório<sup>9</sup>, por dois clínicos (fisioterapeutas especialistas em saúde da mulher) com experiência na área da dor da cintura pélvica.

O objetivo deste painel de revisores consistiu na revisão da qualidade da tradução do PGQ (V2), no sentido de a tornar mais precisa, mais clara e/ou de fácil compreensão, recorrendo a uma linguagem mais familiar/coloquial para a população.

---

<sup>5</sup> Consultar apêndice V – 1ª versão de consenso do PGQ (V1)

<sup>6</sup> Consultar apêndice VI – Retroversão do PGQ

<sup>7</sup> Consultar apêndice VII – Relatório da 2ª reunião de consenso

<sup>8</sup> Consultar apêndice VIII – 2ª versão de consenso do PGQ (V2)

<sup>9</sup> Consultar anexo II – Formulário para relatório clínico de revisão do PGQ

Os dois relatórios obtidos<sup>10</sup> foram analisados em reunião de consenso<sup>11</sup> por um terceiro painel, para avaliação da equivalência semântica e conceptual, no sentido de se obter a terceira versão de consenso do PGQ em português ou versão portuguesa pré-final do PGQ (V3)<sup>12</sup>.

### **Teste da Versão Pré-final**

A última fase do processo de adaptação cultural e linguística pretende aferir a validade de conteúdo da versão portuguesa pré-final do PGQ. Correspondendo à aplicação de um pré-teste, que utiliza a V3 em mulheres grávidas e/ou mulheres em fase de pós-parto que apresentem DCP. Este teste teve como objetivo determinar o grau de compreensão, clareza da linguagem e relevância cultural do questionário, para inferir acerca das alterações necessárias a cada item que compõe o PGQ. Isto permitiu a construção de uma versão do questionário clara e aceitável para a população portuguesa.

A aplicação de V3 foi realizada no Centro de Saúde de Rio Maior após a autorização<sup>13</sup> da comissão de ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e, conseqüentemente da Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lezíria.<sup>14</sup>

Foram incluídas no estudo mulheres grávidas e mulheres no período pós-parto, que se encontravam a realizar sessões de preparação para o nascimento e sessões de recuperação pós-parto no Centro de Saúde de Rio Maior, que experienciavam dor na cintura pélvica, com capacidade para compreender e preencher o questionário. De acordo com as diretrizes europeias (Vleeming *et al.*, 2008) e o propósito deste estudo, a DCP foi definida como uma dor entre a crista ilíaca posterior e a prega glútea, com especial incidência na região das articulações sacroilíacas, podendo ainda irradiar para a região posterior da coxa e surgir em conjunto ou separadamente da dor na sínfise púbica.

Cada participante assinou o consentimento informado<sup>15</sup>, procedeu ao preenchimento do questionário (V3), de forma anónima, e foi entrevistada com o objetivo de analisar o conteúdo percebido de cada item. As participantes foram recrutadas de forma voluntária e anónima pelos responsáveis das sessões de preparação para o nascimento e recuperação pós-parto. As entrevistas foram marcadas consoante a disponibilidade das participantes, no período que antecede ou no final

---

<sup>10</sup> Consultar apêndice IX e X – Relatórios clínicos de revisão do PGQ

<sup>11</sup> Consultar apêndice XI – Relatório da 3ª reunião de consenso

<sup>12</sup> Consultar apêndice XII – 3ª versão de consenso do PGQ (V3)

<sup>13</sup> Consultar anexo III, IV – Regulamento para submissão de protocolo de investigação na comissão de ética da ARSLVT, Parecer da Comissão de ética da ARSLVT

<sup>14</sup> Consultar anexo V – Declaração da Presidente do ACES Lezíria

<sup>15</sup> Consultar apêndice XIII – Consentimento informado

das sessões de preparação para o nascimento ou sessões de recuperação pós-parto, a fim de diminuir quaisquer transtornos temporais e/ou monetários das mesmas, bem como não provocar qualquer tipo de interferência direta na logística do funcionamento das sessões.

As oito mulheres grávidas e as seis mulheres em recuperação pós-parto que colaboraram neste processo de avaliação da validade de conteúdo foram entrevistadas entre os dias 14 de Maio e 29 de junho de 2018. No início, foi explicado o objetivo da entrevista, a metodologia a seguir e a importância do estudo. De seguida o instrumento de medição foi preenchido individualmente e registado o tempo de preenchimento de cada participante. Foi explicado que o interesse residia na formulação das instruções de preenchimento, dos itens constituintes e das respetivas opções de resposta e não nas respostas propriamente ditas.

Após o término do preenchimento do questionário, sucedeu-se a entrevista<sup>16</sup>, na qual inicialmente se solicitou a cada participante uma opinião geral sobre o questionário, seguindo-se uma análise mais pormenorizada quer das instruções fornecidas, quer de cada item, quer das respetivas opções de resposta.

Esta entrevista teve como intuito verificar a facilidade/dificuldade na compreensão da linguagem e nos conceitos utilizados, nas instruções fornecidas em cada item e nas suas respetivas opções de resposta, aferindo assim nesta fase metodológica, informações relacionadas com a compreensão, interpretação, clareza e possíveis propostas de alteração.

De forma a caracterizar a amostra, foi ainda solicitado às participantes que facultassem alguns dados sociodemográficos e clínicos, tais como: idade, idade de gestação/tempo pós-parto, IMC, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão, número de partos, início dos sintomas de DCP e prática ou não de exercício físico.

As dificuldades encontradas e as soluções propostas foram revistas, tendo os consensos resultado na versão portuguesa do PGQ.<sup>17</sup>

Foram considerados fatores de exclusão participantes analfabetas (questionário de auto-preenchimento), que não tenham preenchido o consentimento informado, com patologia grave na coluna lombar, patologia do foro reumatológico ou com problemas cognitivos.

---

<sup>16</sup> Consultar anexo VI – formulário do teste de compreensão

<sup>17</sup> Consultar apêndice XIV, XV, XVI – relatório da 4ª reunião de consenso, resultados do teste da versão pré-final, versão portuguesa do PGQ

### **Análise estatística**

Para a caracterização dos elementos do painel foram utilizadas medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude e desvio padrão), bem como as frequências e respetivas percentagens.

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* informático estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 para o *Windows*.

## **Resultados**

Durante as várias fases da adaptação cultural e linguística do PGQ para a população portuguesa, nomeadamente, tradução, síntese de tradução, retroversão, painel de revisão clínica e teste da versão pré final surgiram diferenças linguísticas face ao instrumento original (versão inglesa), pelo que a seguir serão descritos os consensos obtidos nas diversas fases.

### **Fase de Tradução**

#### **Tradução Inicial**

Da análise das equivalências de significado da tradução do “*The Pelvic Girdle Questionnaire*” resultaram os consensos a seguir descritos.

- **Título**: “Questionário sobre a Cintura Pélvica (PGQ)” como equivalente semântico de “*Pelvic Girdle Questionnaire*”.
- **Aspeto gráfico**: O Painel decidiu acrescentar uma coluna à direita na tabela relativa aos itens da subescala de atividade (tabela 1). Isto para que a opção de resposta “não aplicável” do item 16 e 19 esteja incluída nessa tabela, tendo o objetivo primordial de clarificar o preenchimento do questionário para a população alvo.

De forma a conseguir uma formatação das tabelas, constituintes do instrumento de medição, mais homogénea e diminuir o erro de preenchimento do questionário, o painel decidiu colocar em todas as opções de resposta um quadrado e tornar as linhas das tabelas menos perceptíveis.

- **Instruções**: O instrumento de medição inicia com a instrução: “Até que ponto tem dificuldade nas seguintes atividades, por causa da dor pélvica? Para cada atividade, escolha a opção que melhor descreve como se sente hoje” como equivalente semântico de “*To what extent do you find it problematic to carry out the activities listed below because of pelvic girdle pain? For each activity tick the box that best describes how you are today*”.

Ficou definido que “*pelvic girdle pain*” era traduzido para “dor pélvica” e assim se manteve esta terminologia em todo o instrumento de medição.

O painel decidiu acrescentar nas instruções “Nas atividades 16 e 19, se não se aplicar no seu caso, assinale com um X nos quadrados à direita” com o objetivo de simplificar as orientações à população alvo do instrumento de medição e também por forma a melhorar a perceção das opções de resposta na fase inicial do questionário. Na versão original do PGQ os itens 16 e 19 estavam destacados com um “\*” e a instrução “*If not applicable, mark box to the right*” apenas se encontrava no final da tabela relativa aos itens da subescala de atividade (tabela 1).

- Subescala de atividade (tabela 1):

Instruções: o painel decidiu que a melhor tradução semântica de “*How problematic is it for you because of your pelvic girdle pain to:*” seria “Por causa da dor pélvica, até que ponto tem dificuldade nas seguintes atividades:”.

Relativamente às opções de resposta, o painel optou por classificar “Nenhuma (0)”, “Pouca (1)”, “Alguma (2)” e “Muita (3)”, referente a “*Not at all (0)*”, “*To a small extent (1)*”, “*To some extent (2)*” e “*To a large extent (3)*”.

Nos itens 1, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 18 e 19 ambas as traduções revelaram significados iguais, pelo que o painel decidiu não proceder a nenhuma alteração.

Nos itens 2 e 3, o painel decidiu que a melhor tradução semântica seria “Estar” referente a “*Stand*”, a restante frase manteve-se em concordância com as duas traduções.

No item 4, houve discordância da melhor tradução semântica, pelo que ficou decidido “Curvar-se” face ao original “*Bend down*”. No entanto, neste item como não houve concordância completa do painel, ficou salientada a necessidade de aferir a terminologia mais adequada nas fases seguintes.

No item 10, houve consenso em traduzir “*Do housework*” para “Fazer as tarefas domésticas”.

Nos itens 11 e 12, o painel optou por “Transportar” face ao original “*Carry*”, a restante frase manteve-se em concordância com as duas traduções.

No item 13, o painel selecionou a tradução “Levantar-se/sentar-se” face ao original “*Get up/sit down*”.

No item 16, o painel considerou mais apropriado “Praticar atividades desportivas” para a tradução de “*Carry out sporting activities*”.

No item 17, o painel considerou mais adequado o termo “Deitar-se” ao invés de “Estar deitada” face ao original “*Lie down*” com o objetivo de enfatizar o movimento e não a posição estática.

No item 20, o painel considerou que a melhor tradução de “*Push something with one foot*” seria “Empurrar uma coisa com o pé”.

- Subescala de sintomas (tabela 2):

Instruções: O painel decidiu simplificar as instruções aceitando a sugestão de uma das traduções “Sente dor” como tradução de “How much pain do you experience”.

O painel optou por classificar as cotações de “Nenhuma (0)”, “Fraca (1)”, “Moderada (2)” e “Forte (3)” como equivalente semântico de “None (0)”, “Some (1)”, “Moderate (2)”, “Considerable (3)” por considerar que os itens 21 e 22 centravam-se na classificação quantitativa (grau de intensidade) de dor nos diferentes períodos do dia.

Nos itens 21 e 22 não existiram divergências nas duas traduções propostas (“De manhã”, “À noite”, respetivamente) e o painel concordou em absoluto com ambas as traduções.

- Subescala de sintomas (tabela 3):

Instruções: de forma a manter a mesma terminologia dos itens anteriores do instrumento de medição, o painel traduziu “Por causa da dor pélvica” como equivalência semântica de “To what extent because of pelvic girdle pain”. Ao nível da cotação foi mantida a mesma tradução utilizada na subescala de atividade (tabela 1): “Nenhuma (0)”, “Pouca (1)”, “Alguma (2)” e “Muita (3)”.

O item 23 “Has your leg/have your legs given way” foi o item mais discutido pelo painel. Isto por forma a alcançar a tradução mais apropriada e/ou que transmitisse uma linguagem mais coloquial do termo “given way” como equivalência semântica de “ceder” ou “falhar”. O painel decidiu manter o termo “ceder”, no entanto ficou a ressalva de aferir qual a terminologia mais adequada nas seguintes fases.

No item 24 não existiu divergências nas duas traduções propostas, o painel concordou em absoluto com ambas as traduções: “Faz as coisas mais lentamente”.

No item 25 houve consenso em traduzir “Is your sleep interrupted” para “o seu sono é interrompido”.

### **Retroversão**

Da análise da equivalência de significado a partir da comparação entre a retroversão com a versão original do PGQ, resultaram os consensos descritos abaixo.

- Instruções: Foi unânime a decisão do painel em alterar a introdução previamente definida de forma a tornar o seu conteúdo mais semelhante com o instrumento de medição original, chegando ao consenso: “Até que ponto considera que a dor na cintura pélvica causa dificuldade no desempenho das seguintes atividades? Para cada atividade, escolha a opção que melhor descreve como se sente hoje” face ao original “*To what extent do you find it problematic to carry out the activities listed below because of pelvic girdle pain? For each activity tick the box that best describes how you are today*”.

Como a retroversão revelou a tradução do termo “dor pélvica” para “*pelvic pain*” e a versão original do PGQ utiliza a terminologia “*pelvic girdle pain*”, o painel decidiu alterar o termo “dor pélvica” para “dor na cintura pélvica”, mantendo-se esta terminologia ao longo do questionário.

- Subescala de atividade (tabela 1): O painel apenas decidiu acrescentar a palavra “dificuldade” nas opções de resposta, de forma a enfatizar a quantificação da dificuldade nas diferentes atividades e não a quantificação da possível dor na realização das mesmas.

Em relação à cotação o painel decidiu que a mesma ao invés de aparecer na primeira linha da tabela (ex: Nenhuma Dificuldade (0)), deveria acompanhar os quadrados das opções de resposta.

No item 4: Este item voltou a criar alguma discórdia no painel, sendo que é colocada novamente em dúvida a correta tradução de “*Bend down*”. Nomeadamente, coloca-se em causa se a atividade referida poderá ser traduzida, numa linguagem coloquial, como “curvar-se”, “dobrar-se” ou “fletir o tronco à frente”. E ainda se a mesma atividade é realizada na posição de pé ou sentado. Face à indeterminação, manteve-se a mesma terminologia de V1, no entanto ficou decidido manter em aberto a possibilidade de alteração consoante a opinião do painel de revisão clínica.

Item 17: O painel decidiu manter a terminologia de V1 “Deitar-se” como tradução literal de “*Lie Down*”, no entanto foi colocado em questão se o termo na versão original corresponde à posição de estar deitado em repouso ou se ao ato de deitar.

- Subescala de sintomas (tabela 3):

Item 23: Na fase de retroversão foi atribuído ao termo “ceder” a expressão “*given way*”, indo ao encontro da versão original, confirmando assim a correta tradução. Ainda assim, sendo que a palavra “ceder” pode suscitar dúvidas quanto à objetividade pretendida do item ficou decidido manter o consenso de V1, ou seja, o item continuou a integrar o termo “ceder”, no entanto com ressalva para a opinião do painel de revisão clínica.

### **Painel de revisão clínica**

Com base nos relatórios de análise dos revisores clínicos, o terceiro painel de equivalência semântica obteve os seguintes consensos:

- Introdução: O painel decidiu alterar a introdução previamente definida por sugestão de um dos revisores clínicos, de forma a simplificar a explicação de preenchimento do questionário. Alterando para “Até que ponto a dor na cintura pélvica dificulta as seguintes atividades? Para cada atividade escolha a opção que melhor descreve como se sente hoje. Se as atividades 16 e 19 não se aplicarem a si, assinale com um X no quadrado à direita.”

- Subescala de atividade (tabela 1): Apesar da sugestão de alteração da instrução da tabela 1 para “Até que ponto é que a dor na cintura pélvica dificulta as seguintes atividades”, o painel decidiu manter: “Por causa da dor na cintura pélvica, até que ponto tem dificuldade nas seguintes atividades:” com o objetivo de enfatizar a dificuldade sentida ao realizar as atividades, devido à dor na cintura pélvica e de forma a não repetir a informação presente na introdução do questionário.

Relativamente às opções de resposta da subescala de atividade (tabela 1) apesar de um dos revisores clínicos considerar desnecessário repetir a palavra dificuldade, em conjunto com a quantificação da mesma, o painel manteve a decisão da segunda reunião de consenso. Isto para que a população ao responder aos itens do instrumento de medição, não se centre na dor percebida, mas sim na dificuldade da realização da atividade devido à presença de dor. O painel considerou que o objetivo da subescala de atividade era a classificação da limitação nas atividades de vida diária e não a quantificação/presença de dor nessas mesmas atividades. Assim as opções de resposta da subescala de atividade (tabela 1), por decisão do painel foram: “Nenhuma dificuldade”; “Pouca dificuldade”; “Alguma dificuldade”; “Muita dificuldade”.

No item 2 e 3: Com o objetivo de enfatizar a imobilização foi sugerido por um dos revisores clínicos a utilização da expressão “Ficar de pé...” como equivalência semântica de “*Standing...*”, ao invés de “Estar em pé” anteriormente utilizado. A sugestão foi assim considerada e procedeu-se à devida alteração.

Relativamente ao item 4: Este item marcou a concordância de ambos os revisores clínicos, sendo consensual a tradução da expressão “*Bend down*” para “Dobrar-se à frente”, garantindo assim uma expressão mais coloquial face à população alvo do instrumento de medição. De destacar que se ultrapassou a indefinição relatada durante a fase de retroversão.

Itens 11 e 12: O painel decidiu manter a mesma terminologia anteriormente atribuída “Transportar objetos...” face ao original “*Carry... objects*”, no entanto um dos revisores clínicos sugeriu a expressão “carregar pesos”. Por esse motivo, a decisão do painel ficou suspensa, havendo ainda a possibilidade de alteração mediante o resultado do teste de versão pré-final.

Item 17: Este item já tinha sido anteriormente discutido, pelo que o painel decidiu alterar o termo “deitar-se” para “estar deitada” como equivalente semântico de “*Lie Down*”. Segundo o revisor clínico, numa fase aguda todas as doentes têm dificuldade em deitar-se, porém existirá diferença na recuperação entre aquelas que apresentem dificuldade em estar deitadas, para aquelas que conseguem descansar. Assim, em total concordância com a sugestão do revisor clínico, o painel decidiu concretizar a alteração da expressão.

- Subescala de sintomas (tabela 2): Existiu a sugestão de alterar a introdução da subescala de sintomas por parte de um dos revisores clínicos, nomeadamente, foi defendida a ideia de atribuir

à expressão “*You feel pain*” a tradução para “Tem dor” ao invés do inicialmente atribuído “Sente dor”. Ainda assim, o painel decidiu manter o termo inicial, justificando essa escolha pelo facto de só assim garantir uma combinação com as opções de resposta e pelo facto de a dor ser algo percecionado pelo doente. Fatores que tornam a expressão “Sente dor” a mais adequada.

- Subescala de sintomas (tabela 3): Em consonância com a linguagem utilizada na introdução da subescala de atividade (tabela 1), o painel decidiu manter a terminologia anteriormente definida “Por causa da dor na cintura pélvica” face à tradução de “*To what extent because of pelvic girdle pain*” e à expressão presente na retroversão “*Because of pelvic pain*”, mesmo que um dos revisores clínicos tenha sugerido a alteração para “Devido à dor na cintura pélvica” por uma questão de mera terminologia.

Relativamente às opções de resposta da subescala de sintomas (tabela 3), apesar de nenhum dos revisores clínicos ter sugerido qualquer alteração, o painel decidiu colocar como opções de resposta: “Nenhuma vez”; “Poucas vezes”; “Algumas vezes”; “Muitas vezes”, face ao original “*Not at all*”; “*To a small extent*”; “*To some extent*”; “*To a large extent*” e à retroversão “*None*”; “*A little*”; “*Some*”; “*A lot*”. A introdução da palavra “vez” é justificada pela intenção de tornar explícito a quantificação da ocorrência dos acontecimentos para a população alvo.

Item 23: Neste item era previsível a discordância entre o painel de revisores clínicos e V2. A tradução do termo “*given way*” numa linguagem coloquial não é explícito, assim, ambos os revisores clínicos propuseram termos como: “falhar”, “perder a força”, “perda de confiança”. O painel decidiu colocar os dois sinónimos: “ceder.../falhar...” e aguardar pelos resultados do teste da versão pré-final. Perante isto “Sente a(s) perna(s) ceder(em)/falhar(em)” foi a decisão deste painel para o item 23.

### **Teste da Versão Pré-final**

A amostra para o teste da versão pré-final do PGQ para a população portuguesa foi constituída por 14 participantes. As participantes tinham uma idade média de  $30 \pm 4,84$  anos (intervalo entre 23-39), em que oito participantes (57,1%) estavam grávidas e seis participantes (42,9%) estavam nos primeiros cinco meses de pós-parto. Entre o grupo das mulheres grávidas (Tabela 1) a média gestacional foi de  $29,9 \pm 5,62$  semanas, enquanto no grupo de pós-parto (Tabela 2) a média de tempo ocorrido entre o parto e o preenchimento do questionário foi de  $12,3 \pm 4,46$  semanas. Em termos do nível educacional observou-se uma distribuição entre o 3º ciclo e o mestrado, em que a maioria da amostra apresentava habilitações literárias até ao 12º ano (57,1%, em que 14,3% tinha concluído o 3º ciclo de escolaridade e 42,9% o ensino secundário).

**Tabela 1:** Características da Amostra – Grupo Grávidas (N=8)

Variáveis	Dados
<b>Grupo Grávidas</b>	8
<b>Idade (anos)</b>	29,5 ± 5,61 (23-39)
<b>Idade Gestacional (sem.)</b>	29,9 ± 5,62 (20,6-36,5)
<b>Índice de Massa Corporal</b>	27,3 ± 3,10 (23-33,6)
<b>Nº de Partos</b>	0,63 ± 0,74 (0-2)
<b>Atividade Física</b>	
Ativo	4 (50)
Não Ativo	4 (50)
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	1 (12,5)
União de Facto	3 (37,5)
Casada	4 (50)
<b>Habilitações Literárias</b>	
3º Ciclo	1 (12,5)
Secundário	3 (37,5)
Licenciatura	3 (37,5)
Mestrado	1 (12,5)
<b>Início dos Sintomas (trimestre)</b>	
1º Trimestre Gravidez	3 (37,5)
2º Trimestre Gravidez	4 (50)
3º Trimestre Gravidez	1 (12,5)

Variáveis Quantitativas: média ± desvio padrão (min –máx.)  
Variáveis Categóricas: frequência (percentagem)

**Tabela2:** Características da Amostra – Grupo Pós-Parto (N=6)

Variáveis	Dados
<b>Grupo Pós-Parto</b>	6
<b>Idade (anos)</b>	30,8 ± 3,97 (25-37)
<b>Tempo após o parto</b>	12,3 ± 4,46 (8-20)
<b>Índice de Massa Corporal</b>	28,4 ± 4,73 (23-35,9)
<b>Nº de Partos</b>	1,5 ± 0,84 (1-3)
<b>Atividade Física</b>	
Ativo	1 (16,7)
Não Ativo	5 (83,3)
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	1 (16,7)
União de Facto	3 (50)
Casada	2 (33,3)
<b>Habilitações Literárias</b>	
3º Ciclo	1 (16,7)
Secundário	3 (50)
Licenciatura	2 (33,3)
<b>Início dos Sintomas (trimestre)</b>	
2º Trimestre Gravidez	1 (16,7)
3º Trimestre Gravidez	5 (83,3)

Variáveis Quantitativas: médio ± desvio padrão (min – máx.)  
Variáveis categóricas: frequência (percentagem)

Da análise global do instrumento referente à clareza, compreensão e adequação a cada indivíduo e à sua situação particular, resultou o consenso de que o questionário é claro, de fácil compreensão e resposta, é curto e adequado à população a que se dirige. Há que salientar ainda

que foi igualmente unânime, a opinião sobre a simplicidade da linguagem utilizada, sendo a mesma clara e coloquial.

Também se realizou uma análise específica de cada item relativamente à compreensão dos termos e conceitos utilizados, das instruções e respostas, bem como das alternativas propostas e a sua pertinência, tendo-se verificado o seguinte:

- Na instrução: “Até que ponto a dor na cintura pélvica dificulta as seguintes atividades? Para cada atividade, escolha a opção que melhor descreve como se sente hoje” foi sugerida acrescentar a palavra realização, ficando assim a instrução: “Até que ponto a dor na cintura pélvica dificulta a realização das seguintes atividades? Para cada atividade, escolha a opção que melhor descreve como se sente hoje”, o painel concordou e aceitou a alteração.

Ainda referente às instruções, por decisão do painel foram realçadas a palavra “dificuldade” e a frase “Se as atividades 16 e 19 não se aplicarem a si, assinale com um X no quadrado à direita.” Esta alteração teve como objetivo enfatizar as instruções de preenchimento do questionário, tendo em vista a simplificação e a tentativa de diminuição de erro no preenchimento do mesmo. Assim, a instrução da versão final PGQ em português ficou “Até que ponto a dor na cintura pélvica **dificulta** a realização das seguintes atividades? Para cada atividade escolha a opção que melhor descreve como se sente hoje. **Se as atividades 16 e 19 não se aplicarem a si, assinale com um X no quadrado à direita.**”

No item 2 existiram propostas de alteração por parte das participantes, tais como: “Ficar de pé pouco tempo (quantificar esse tempo)”, “Ficar de pé até 10 minutos” e “Estar de pé (estático) menos de 10 minutos”. O painel considerou que as sugestões alteravam o instrumento de medição original, não sendo esse o pressuposto e que a sugestão “Estar de pé...” já tinha sido analisada em painéis anteriores. Por conseguinte, o painel decidiu manter o item 2 “Ficar de pé menos de 10 minutos”.

Nos itens 11 e 12, sendo que na terceira reunião de consenso ficou a possibilidade de alteração, esses itens foram questionados a todas as participantes e apenas uma considerou que a palavra “carregar” ao invés de “transportar” era mais perceptível, pelo que o painel decidiu manter os itens: “Transportar objetos leves”; “Transportar objetos pesados”.

Relativamente aos itens onde era referido uma indicação temporal de 60 minutos (6 e 8), duas das participantes sugeriram alterá-los para uma hora, no entanto, o painel considerou que essa modificação provocaria uma alteração contextual ao instrumento de medição original.

Em média o preenchimento da versão pré-final do questionário PGQ foi efetuado em cerca de 2,5 minutos e as entrevistas demoraram em média cerca de 16 minutos, tal como pode ser verificado na tabela 3.

Por não serem referenciadas outras dificuldades relativamente à análise de conteúdo dos itens traduzidos, foi obtida a versão final do “*The Pelvic Girdle Questionnaire*” traduzida e adaptada à realidade portuguesa.

**Tabela 3:** Tempo de preenchimento do PGQ e da entrevista

Variáveis	Dados
Tempo Preenchimento PGQ (min.)	2,38 ± 0,89 (1,08-4,47)
Tempo Entrevista (min.)	15,55 ± 3,15 (12,15-25)

Terminado todo o processo descrito, alcançou-se a versão portuguesa do PGQ.

## Discussão

O presente estudo descreveu o processo de adaptação cultural e linguística do PGQ, da língua inglesa para o português, tendo como desfecho a elaboração da versão portuguesa do PGQ.

Todo o processo empregue neste estudo foi baseado nas linhas orientadoras de Beaton *et al.* (2000) pelo facto de estar padronizado que os questionários desenvolvidos em países de língua estrangeira requerem uma adaptação intercultural, com base em metodologias reconhecidas, para que possam ser utilizados num país com cultura e/ou língua diferente. A finalidade do processo de adaptação cultural e linguística é a obtenção da equivalência entre a versão original e as versões adaptadas do instrumento, permitindo aumentar a confiança nos resultados obtidos pela sua utilização.

O presente estudo necessitou de ser submetido a diferentes e rígidas fases metodológicas, descritas nos capítulos anteriores, para que os procedimentos metodológicos empregues e os resultados analisados fossem considerados válidos. As fases metodológicas inerentes ao processo permitiram a verificação e a adequação da versão traduzida do presente questionário, à realidade e população portuguesa.

Um das fases cruciais do estudo é o processo de tradução, pois é a partir desta fase que todos os restantes procedimentos metodológicos surgem e se garante a precisão do conteúdo. Para tal uma equipa multidisciplinar constituída por membros com experiência em desenvolvimento e validação de questionários, incluindo alguns especialistas bilíngues, deve ser incluída (Epstein, Osborne, Elsworth, Beaton & Guillemin, 2015), daí a escolha adequada dos tradutores, bem como a colaboração do CEISUC terem sido fulcrais e enriquecedoras para este trabalho.

Todo o processo de adaptação cultural e linguística do PGQ foi descrito e analisado no capítulo Metodologia e Resultados. Destaca-se ainda que todas as informações referentes às instruções e análise individualizada de cada item, foram sucessivamente sujeitas a consensos em

cada uma das fases (tradução inicial, síntese de tradução, retroversão, painel de revisão clínica e teste da versão pré-final), relativamente aos problemas levantados e às sugestões preconizadas, de modo a alcançar a versão final de consenso do PGQ para a língua portuguesa.

Após a análise destes procedimentos metodológicos, pode-se concluir que a maioria das alterações propostas esteve relacionada com a simplificação linguística dos termos utilizados, tanto nas instruções como nos itens do instrumento.

Na plenitude do processo de adaptação cultural e linguística do PGQ para a população portuguesa não se verificaram grandes questões quer ao nível da análise de qualidade das traduções do questionário, quer na equivalência semântica, o que se refletiu numa fácil concretização da primeira versão de consenso do PGQ. Ainda assim, os termos “*Bend down*” e “*given way*” dos respetivos itens 4 e 23 do instrumento de medição, despertaram significados ambíguos para o painel.

Segundo Epstein *et al.* (2015) a fase de retroversão apenas apresenta um impacto moderado, podendo ser considerada como uma fase dispensável quando existe uma comissão de revisores proficiente, com o idioma da língua do qual o instrumento de medição está a ser traduzido e adaptado. Por este motivo, o estudo de Girard *et al.* (2016) não procedeu à fase de retroversão, no entanto a metodologia protocolada pelo CEISUC considera-a importante, e neste caso específico, a fase de retroversão evidenciou a diferença linguística entre o termo patológico “*pelvic pain*” e “*pelvic girdle pain*”, resultando na designação do termo “dor na cintura pélvica” como a melhor equivalência semântica da versão original do PGQ.

Assim, relativamente à fase de retroversão, não se verificaram igualmente grandes discrepâncias e/ou diferenças significativas face ao questionário original. Após o confronto da versão de retroversão com a versão original, obteve-se uma concordância total em 88% dos itens, pelo que a deliberação dos três itens (4, 17 e 23), onde não existiu concordância absoluta, ficou pendente face à opinião do painel de revisão clínica.

Na análise da qualidade da tradução foi resultante a concordância de 72% dos itens por parte de um painel de revisores clínicos. Considerou-se que os fisioterapeutas são os profissionais de saúde com maior contacto com doentes que apresentem dor na cintura pélvica, sendo por sua vez aqueles que estariam mais elucidados das expressões utilizadas pela população alvo do instrumento de medição. Por essa mesma razão o painel de revisores clínicos foi constituído por duas fisioterapeutas, especialistas na área da saúde da mulher e com experiência em dor da cintura pélvica.

Em todas as fases deste processo o item 23 foi o mais discutido. No mesmo, o termo da versão original “*given way*” apresenta várias traduções possíveis, umas de semântica médico-científica,

outras de semântica coloquial. Posto isto, o painel decidiu colocar dois sinónimos no item 23: “Sente a(s) sua(s) perna(s) ceder(em)/falhar(em). Situação e decisão idêntica foi tida na versão franco-canadiana do PGQ (Girard *et al.*, 2016).

Segundo Guillemin *et al.* (1993) uma amostra mínima de 12 indivíduos deve ser incluída na fase de teste da versão pré-final. Por essa razão a amostra do presente estudo incluiu 14 participantes, das quais 57% estavam grávidas. Noutros estudos a amostra reuniu um número semelhante de participantes: 12 grávidas no estudo de Simões *et al.* (2016) e 16 mulheres no estudo de Rejano-Campo *et al.* (2017). Contudo, no estudo de Girard *et al.* (2016) a amostra foi mais numerosa, sendo constituída por 34 mulheres (16 grávidas e 18 em fase de pós-parto).

No presente estudo a média de idades do grupo de mulheres grávidas foi de  $29,5 \pm 5,61$  anos e de  $30,8 \pm 3,97$  anos no grupo de pós-parto. Estes dados são semelhantes ao estudo realizado por Girard *et al.* (2016), no qual as participantes no teste de compreensibilidade tinham uma média de idades de  $29,6 \pm 5,1$  anos (grupo de grávidas) e  $31,8 \pm 5,1$  anos (grupo pós-parto), bem como no estudo de Rejano-Campo *et al.* (2017) em que a amostra apresentou uma idade média de  $31,26 \pm 4,83$  anos. Já na amostra do estudo de Simões *et al.* (2016), constituída somente por mulheres grávidas, tinham uma média de idades de  $26,8 \pm 5,28$  anos, inferior à amostra do presente estudo. No estudo original a média de idades foi de  $34 \pm 5,6$  anos (1ª pesquisa) e de  $35 \pm 5$  anos (2ª pesquisa), sendo superior relativamente ao presente estudo.

Quanto à idade gestacional, à data da entrevista, a amostra do presente estudo apresentava uma média de  $29,9 \pm 5,62$  semanas, dados que se encontram em consonância com outros estudos em que a média de idade gestacional foi de  $24,6 \pm 8,9$  semanas (Girard *et al.*, 2016) e de  $35,42 \pm 4,54$  semanas no estudo de Simões *et al.* (2016). Quando comparados os valores de tempo de pós-parto, à data da entrevista, entre o presente estudo e o estudo de tradução e adaptação cultural e linguística para a população franco-canadiana deparamo-nos com médias de  $12,3 \pm 4,46$  semanas, contra  $23,4 \pm 13,4$  semanas respetivamente. Diferenças essas que podiam ter influência no score final do PGQ, contudo não são relevantes pois o objetivo é a análise da compreensão da população relativamente ao conteúdo do questionário.

O nível educacional é um aspeto de elevada relevância, uma vez que se a amostra apresenta uma grande heterogeneidade no que respeita às habilitações literárias, torna o nível de compreensibilidade do instrumento mais abrangente. No presente estudo 14,3% das participantes tinham o 3º ciclo terminado, 42,9% completaram o ensino secundário e 42,9% eram licenciadas. Segundo o Ministério da Educação (Decreto-lei n.º 301/93 de 31 de Agosto), a escolaridade obrigatória a partir do ano de nascimento 1980 passou a ser o 9º ano de escolaridade, pelo que aproximadamente 93% da população incluída neste estudo nasceu após o ano de 1980. Dados que

podem ajudar a perceber a inexistência de população com um nível de escolaridade inferior ao 3º ciclo.

Apesar da amostra incluída neste estudo ser pouco heterogénea, os resultados apresentados não são díspares comparando com os níveis de escolaridade da amostra apresentados em outros estudos, como é o exemplo do estudo da versão oficial do PGQ, em que 87% das participantes (1ª pesquisa) e 76% das participantes (2ª pesquisa) tinham grau académico superior ao 12º ano (Stuge *et al.*, 2011).

A DCP geralmente surge no início da gravidez, em que 40% das mulheres apresentam sintomas de DCP ao quinto mês de gestação e com picos de intensidade de dor entre a 24ª e 36ª semana (Malmqvist *et al.*, 2012; Wu *et al.*, 2004). O presente estudo veio corroborar estes dados, pelo que em aproximadamente 36% da população em estudo, a DCP teve início no 2º trimestre e em 42,9% no 3º trimestre da gravidez.

Na generalidade a opinião das inquiridas acerca do questionário foi que o mesmo é claro, fácil de compreender e responder, as instruções são objetivas, é curto e está adaptado à condição específica das participantes. Especificamente os itens 2, 6, 8 foram aqueles em que a população alvo apresentou algum tipo de sugestão, no entanto as alterações realizadas foram apenas ao nível de uma instrução do PGQ.

Também nos estudos de adaptação cultural e linguística do PGQ para os idiomas franco-canadiano, espanhol e brasileiro, as versões pré-finais foram bem compreendidas pela população. Porém o item 23 foi o menos perceptível e os itens 2, 8, 9, 15, 16, 19, 20 e 23 suscitaram alguma incompreensão por parte da população (Girard *et al.*, 2016; Rejano-Campo *et al.*, 2017; Simões *et al.*, 2016). Os resultados do presente estudo não revelaram dificuldades na compreensão do item 23, por parte da população, possivelmente pela decisão tomada nas fases antecedentes.

O tempo médio de preenchimento do questionário no presente estudo foi cerca de 2,5 minutos, tal como na versão oficial do PGQ que demora apenas três minutos a ser concluído (Stuge *et al.*, 2011). Assim, por ser um instrumento de medição de rápida aplicação facilita a conduta de avaliação terapêutica a clínicos e investigadores.

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se como principal limitação a reduzida diversidade de algumas características da amostra dos indivíduos que participaram no teste da versão pré-final.

No decorrer do processo ao incluir outros profissionais de saúde como ginecologistas, obstetras, enfermeiros (especialistas em saúde materna e obstétrica), poderíamos reunir um maior conjunto de juízos sobre a clareza, redundância e relevância, bem como uma convergência de

consensos relativamente à linguagem mais acessível à população com dor na cintura pélvica, garantindo a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceptual do questionário.

Outra limitação deste estudo está relacionada com o facto do diagnóstico de DCP ter sido avaliado com base na sintomatologia clínica e não por meio de testes específicos. No entanto, em nenhum dos outros estudos de tradução e adaptação linguística do PGQ disponíveis é referida a utilização de meios de diagnóstico específicos.

Considera-se também uma limitação para o presente estudo o facto das discordâncias que surgiram na fase de retroversão para com a versão original não terem sido discutidas com os autores da versão original do PGQ, decisão que podia confirmar a correta adequabilidade dos termos utilizados.

Para a certificação quanto ao carácter científico de um questionário para a avaliação de uma determinada condição, seja em contexto de prática clínica ou em investigação, é de grande importância a realização do estudo das propriedades psicométricas do instrumento (Beaton *et al.*, 2000), recai assim sobre outra limitação deste estudo. No entanto, houve a tentativa de eliminação da mesma, contudo face ao tempo disponível para a recolha de dados e por falta de autorização quer por parte de comissões de ética quer por entidades privadas, não foi possível aceder a uma amostra suficientemente numerosa para obtenção de valores de validade e fiabilidade. Desta forma, sugere-se que se desenvolvam estudos futuros a fim de colmatar esta lacuna.

A última limitação a apontar, prende-se com o facto de apenas a versão norueguesa do PGQ se encontrar validada, no entanto perante a dificuldade em encontrar elementos com conhecimentos ao nível da língua norueguesa, remeteu-nos à utilização da versão inglesa. Processo idêntico ao utilizado nos restantes estudos de tradução e adaptação cultural do PGQ, sendo que a versão inglesa foi também desenvolvida pelos autores da versão original. Esta limitação aumenta a importância de realizar a validação do PGQ em português.

## Conclusão

Foi obtida a versão portuguesa do questionário sobre a cintura pélvica, equivalente em termos semânticos e de conteúdo à versão original. A versão obtida do PGQ define-se como um instrumento de medição simples, curto, de fácil compreensão, de fácil resposta e adequado à população a que se dirige.

Com a finalização deste estudo passa agora a estar disponível uma nova e importante ferramenta para clínicos e investigadores, sendo a mesma distinguida pelo facto, tanto quanto conseguimos apurar, de ser o único questionário de avaliação da cintura pélvica que engloba quer a medição de dor, quer o estado funcional e ainda aspetos de qualidade de vida. Apresentamos

assim a possibilidade de integrar um instrumento de medição cujo intuito visa auxiliar e incrementar a conduta de avaliação terapêutica dos profissionais que contactem com doentes que apresentem DCP.

Este estudo permitiu dar um contributo para o processo de validação do Questionário sobre a Cintura Pélvica, devendo posteriormente ser avaliado quando às suas propriedades psicométricas.

## **Agradecimentos**

Os meus sinceros agradecimentos, aos meus orientadores Prof. Dr. António Manuel Lopes e em especial ao Prof. Dr. Luís Cavalheiro, membro do CEISUC, pelo seu apoio, disponibilidade incondicional, a sua cortesia com que sempre me recebeu e me respondeu, pela sua orientação, opiniões, total colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho, contribuindo para o meu enriquecimento científico, pessoal e profissional.

Agradeço também ao Prof. Dr. Rui Gonçalves e Prof. Dr. Pedro Lopes Ferreira, membros do CEISUC, pela colaboração no processo de adaptação cultural e linguística do instrumento de medição em estudo.

Às fisioterapeutas Fátima Sancho e Catarina Almeida com uma vasta experiência na área, agradeço a colaboração no processo de análise de equivalência semântica do referido instrumento.

Agradeço ao Centro de Saúde de Rio Maior em especial ao Fisioterapeuta Luís Brás e à enfermeira Carla Simãozinho a possibilidade de me terem proporcionado as condições necessárias para a elaboração do Teste da Versão Pré-Final, pelo seu profissionalismo, disponibilidade, colaboração e simpatia.

Agradeço aos meus colegas de trabalho – Inês Domingos, Patrícia Pinho e Gonçalo Batista pelo apoio, colaboração, compreensão, amizade e por possibilitarem o distanciamento necessário para poder desenvolver o meu trabalho.

Por último, tendo consciência que sozinha todo este trabalho não teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus Pais, Mana e Namorado, um enorme obrigada pelo apoio incondicional, incentivo, companheirismo, carinho, força, paciência e sobretudo por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço.

## Bibliografia

- Aldabe, D., Milosavljevic, S., & Bussey, M. D. (2012). Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. *European Spine Journal*, 21(9), 1777–1787.
- Aldabe, D., Ribeiro, D. C., Milosavljevic, S., & Bussey, M. D. (2012). Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: A systematic review. *European Spine Journal*, 21(9), 1769–1776.
- Almeida, L., Gil, J., & Cabri, J. (2011). *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra & Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.
- Bergström, C., Persson, M., Nergård, K. A., & Mogren, I. (2017). Prevalence and predictors of persistent pelvic girdle pain 12 years postpartum. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(399), 1–13.
- Bjelland, E. K., Stuge, B., Vangen, S., Stray-Pedersen, B., & Eberhard-Gran, M. (2013). Mode of delivery and persistence of pelvic girdle syndrome 6 months postpartum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(4), 298.e1-298.e7.
- Casagrande, D., Gugala, Z., Clark, S. M., & Lindsey, R. W. (2015). Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 539–549.
- Elden, H., Lundgren, I., & Robertson, E. (2013). Life's pregnant pause of pain: Pregnant women's experiences of pelvic girdle pain related to daily life: A Swedish interview study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4(1), 29–34.
- Engeset, J., Stuge, B., & Fegran, L. (2014). Pelvic girdle pain affects the whole life—a qualitative interview study in Norway on women's experiences with pelvic girdle pain after delivery. *BMC Research Notes*, 7(686), 1–7.
- Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: Experimental study showed expert

- committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 360–369.
- Ferreira, P. L. (2012). *Questionário de estado de saúde (SF-36v2)*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Figueiral, A., Cavalheiro, L., & Machado, Â. (2006). *Questionário McGill da Dor*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Gil, J., Cabri, J., & Ferreira, P. L. (2009a). *Questionário curto de 6 Itens*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Gil, J., Cabri, J., & Ferreira, P. L. (2009b). *Questionário de Roland e Morris sobre Incapacidade*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Girard, M., Marchand, A., Stuge, B., Ruchat, S.-M., & Descarreaux, M. (2016). Cross-cultural Adaptation of the Pelvic Girdle Questionnaire for the French-Canadian Population. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 39(7), 494–499.
- Grotle, M., Garratt, A. M., Krogstad Jenssen, H., & Stuge, B. (2012). Reliability and Construct Validity of Self-Report Questionnaires for Patients With Pelvic Girdle Pain. *Physical Therapy*, 92(1), 111–123.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432.
- Gutke, A., Hansson, E. R., Zetherström, G., & Östgaard, H. C. (2009). Posterior pelvic pain provocation test is negative in patients with lumbar herniated discs. *European Spine Journal*, 18(7), 1008–1012.
- Hilde, G., Gutke, A., Slade, S. C., & Stuge, B. (2016). Physical therapy interventions for pelvic girdle pain (PGP) after pregnancy (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1–22.
- Kanakaris, N. K., Roberts, C. S., & Giannoudis, P. V. (2011). Pregnancy-related pelvic girdle pain: An update. *BMC Medicine*, 9(1), 1–15.

- Mackenzie, J., Murray, E., & Lusher, J. (2018). Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. *Midwifery*, *56*, 102–111.
- Malmqvist, S., Kjaermann, I., Andersen, K., Ekland, I., Bronnick, K., & Larsen, J. P. (2012). Prevalence of low back and pelvic pain during pregnancy in a norwegian population. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, *35*(4), 272–278.
- Malmqvist, S., Kjaermann, I., Andersen, K., Økland, I., Larsen, J. P., & Brønnick, K. (2015). The association between pelvic girdle pain and sick leave during pregnancy; a retrospective study of a Norwegian population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*(237), 1–8.
- Martins, N., Patrício, C., Pereira, V., & Brás, L. (2003). *Índice de Oswestry sobre Incapacidade, versão 2.0*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Melo, E., & Ferreira, P. L. (2000). *Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) v2*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Mens, J. M. A., Pool-Goudzwaard, A., & Stam, H. J. (2009). Mobility of the Pelvic Joints in Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain. *Obstetrical & Gynecological Survey*, *64*(3), 200–208.
- Mogren, I. M. (2006). BMI, pain and hyper-mobility are determinants of long-term outcome for women with low back pain and pelvic pain during pregnancy. *European Spine Journal*, *15*(7), 1093–1102.
- Okanishi, N., Kito, N., Akiyama, M., & Yamamoto, M. (2012). Spinal curvature and characteristics of postural change in pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *91*(7), 856–861.
- Pool-Goudzwaard, A. L., Slieker ten Hove, M. C. P. H., Vierhout, M. E., Mulder, P. H., Pool, J. J. M., Snijders, C. J., & Stoeckart, R. (2005). Relations between pregnancy-related low back pain, pelvic floor activity and pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, *16*(6), 468–474.
- Portugal, Ministerio da Educação, *Decreto-lei n° 301/1993*, publicado em Diário da Republica n° 204, I série A, de 31 de Agosto.
- Rejano-Campo, M., Desvergé, A., & Pizzoferrato, A. C. (2018). Caractéristiques et symptômes pelvi-périnéaux dans les douleurs de la ceinture pelvienne: une revue de la littérature.

*Progrès en Urologie*, 28(4), 193–208.

- Rejano-Campo, Montserrat, Ferrer-Peña, R., Urraca-Gesto, M. A., Gallego-Izquierdo, T., Pecos-Martín, D., Stuge, B., & Plaza-Manzano, G. (2017). Transcultural adaptation and psychometric validation of a Spanish-language version of the “Pelvic Girdle Questionnaire”. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(30), 1–9.
- Robinson, H. S., Eskild, A., Heiberg, E., & Eberhard-Gran, M. (2006). Pelvic girdle pain in pregnancy: The impact on function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(2), 160–164.
- Simões, L. C. F., Teixeira-Salmela, L. F., Wanderley, E. L. S., Barros, R. R. de, Laurentino, G. E. C., & Lemos, A. (2016). Cross-cultural adaptation of «Pelvic Girdle Questionnaire» (PGQ) to Brazil. *Acta Fisiátrica*, 23(4), 166–171.
- Sjödahl, J., Gutke, A., & Öberg, B. (2013). Predictors for long-term disability in women with persistent postpartum pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, 22(7), 1665–1673.
- Stomp-Van Den Berg, S. G. M., Hendriksen, I. J. M., Bruinvels, D. J., Twisk, J. W. R., Van Mechelen, W., & Van Poppel, M. N. M. (2012). Predictors for postpartum pelvic girdle pain in working women: The Mom@Work cohort study. *Pain*, 153(12), 2370–2379.
- Stuge, B., Garratt, A., Krogstad Jenssen, H., & Grotle, M. (2011). The Pelvic Girdle Questionnaire: A Condition-Specific Instrument for Assessing Activity Limitations and Symptoms in People With Pelvic Girdle Pain. *Physical Therapy*, 91(7), 1096–1108.
- Stuge, B., Krogstad Jenssen, H., & Grotle, M. (2017). The Pelvic Girdle Questionnaire: Responsiveness and Minimal Important Change in Women With Pregnancy-related Pelvic Girdle Pain, Low Back Pain, or Both. *Physical Therapy*, 97(11), 1103–1113.
- Verstraete, E. H., Vanderstraeten, G., & Parewijck, W. (2013). Pelvic Girdle Pain during or after Pregnancy: a review of recent evidence and a clinical care path proposal. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 5(1), 33–43.
- Vieira, A. C. (2012). *Contributo para a validação da versão portuguesa da Quebec Back Pain Disability Scale*. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). European

guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, 17(6), 794–819.

Whitcome, K. K., Shapiro, L. J., & Lieberman, D. E. (2007). Fetal load and the evolution of lumbar lordosis in bipedal hominins. *Nature*, 450(7172), 1075–1078.

Wu, W. H., Meijer, O. G., Uegaki, K., Mens, J. M. A., Van Dieën, J. H., Wuisman, P. I. J. M., & Östgaard, H. C. (2004). Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *European Spine Journal*, 13(7), 575–589.