



MEDICAL
SCHOOL
FACULDADE
DE CIÊNCIAS
MÉDICAS



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

ANDREIA SANTOS

Fiabilidade e Validade de Constructo da Pain DETECT Questionnaire

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

Sob Orientação do Professor Doutor Eduardo Cruz

Setúbal, Novembro de 2017

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

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

A candidata,

(Andreia Isabel Capucho dos Santos)

Setúbal, 19 de Novembro de 2017

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

O orientador,

(Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz)

Setúbal, 19 de Novembro de 2017

Ama com paixão...

Corre...

Reencontra-te...

Acredita em ti...

Sorri com vontade...

Abraça...

Nunca desistas...

Pede perdão...

Brinca...

Grita à chuva...

Chora & Perdoa...

Diz o que pensas...

Diz olá a um estranho...

Vive!

<<Autor desconhecido>>

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto é uma realização pessoal e profissional para mim, sendo que não seria possível sem a ajuda e colaboração de algumas pessoas, pelo que gostaria de expressar o mais sincero agradecimento a cada um de vós, que de qualquer modo, contribuíram para a realização do mesmo.

Em primeiro lugar, gostaria de dirigir um agradecimento particular ao Professor Doutor Eduardo Cruz pelo excelente trabalho de orientador, pela melhor e indiscreta partilha de conhecimento, pela dedicação, pela paciência e motivação dada ao longo do tempo, pois sem ele não era possível concluir esta etapa. Estou grata do fundo de coração.

À família ESS-IPS por neste reencontro, voltar a fazer-me sentir em casa, permitir-me reencontrar-me e limar as arestas, através da sua partilha de conhecimento e ligação. E por, acima de tudo, ser referência para a minha prática clínica e para o meu desenvolvimento profissional contínuo.

À Lúcia Domingues, por ter acreditado em mim há uns anos atrás, nos meus sonhos, por me fazer acreditar que conseguiria chegar a esta etapa. Mais uma vez muito obrigada por ter-me inspirado a chegar até aqui.

Aos meus pais e irmão, que mesmo à distância, sempre me deram todas as possibilidades, o seu apoio e força para concretizar este trabalho, ajudaram sempre a ir em frente, em busca do conhecimento e a nunca desistir.

Aos meus sogros, que nos bastidores, também sempre me deram possibilidades para realizar este projeto de vida, estou igualmente grata pela paciência e apoio nas horas de trabalho e desespero, para que pudesse chegar aqui.

Ao meu namorado, por estar sempre presente, a ver-me correr na azáfama de escola, trabalho e casa, por sonhar em conjunto comigo e ajudar-me sempre a alcançar os meus objetivos e metas.

Aos meus utentes, pela força, paciência e inspiração nas horas de maior desespero, pois sem vocês este percurso não seria a mesma coisa.

A todos as pessoas que participaram no meu estudo e sem os quais não seria possível concretizar o meu...

MUITO OBRIGADO!

RESUMO

Fiabilidade e Validade de Constructo do questionário PainDETECT

Andreia Santos; Eduardo Cruz

Introdução: Em Portugal, a Dor Lombar Crónica (DLC) é uma das manifestações reumatológicas mais frequentes, afectando 12,3% (95%IC: 10,5-14,3) dos indivíduos adultos. Na complexidade da DLC, parecem existir diferentes componentes de dor, isto é, dor Nociceptiva (NOC), Neuropática (NEP) e mista que podem contribuir para diferentes tipos de dor num indivíduo.

Objectivo: Contribuir para a validação do PAIN DETECT QUESTIONNAIRE através do estudo da sua fiabilidade, validade de constructo na classificação da componente NOC/NEP e mista, em utentes com DLC.

Metodologia: Realizou-se um estudo metodológico, transversal para avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da PDQ em 102 indivíduos com DLC. Foi realizado o estudo da validade estrutural do PDQ-PT através da Análise Fatorial Exploratória (AFE), da consistência interna, fiabilidade teste-reteste e validade de constructo (convergente e discriminativa). Para avaliação da validade de constructo convergente e discriminativa foram estabelecidas hipóteses *a priori* relativas à força da correlação e significado estatístico com a DN4-PT (validade convergente) e relativas à capacidade do instrumento detetar diferenças com significado estatístico entre os subgrupos NOC e NEP na intensidade da dor (escala numérica de Dor) e na incapacidade funcional (*Quebec Back Pain Disability Scale*).

Resultados: A AFE revelou uma solução fatorial inicial de apenas um fator comum (descritores da dor neuropática), com um *engeinvalue* de 3,45 que explica 49,3% da variância total no conjunto dos 7 itens analisados. O PDQ-PT revelou uma excelente consistência interna (α de *Cronbach*=0,84) e excelente fiabilidade teste-reteste (CCI= 0,97; IC 95%: 0,95-0,98, $p<0.001$). Relativamente à validade de constructo foram corroboradas todas as hipóteses estabelecidas *a priori*. Foi observada uma forte correlação entre o PDQ-PT e a DN4-PT ($r=0,739$, $p<0.001$) e detetou-se diferenças significativas, no que respeita à intensidade da dor e incapacidade funcional, entre utentes DLC NEP e NOC ($p=0,005$ e $p=0.011$, respetivamente).

Conclusões: O PDQ-PT demonstrou boa validade e fiabilidade, recomendando-se o seu uso na medição e classificação do tipo de dor predominante (NOC/NEP e MISTA) em utentes com DLC, em contexto clínico e de investigação.

Palavras-Chave: Pain Detect Questionnaire, validade, fiabilidade, Dor Lombar Crónica

ABSTRACT

Reliability and construct validity of the PainDETECT QUESTIONNAIRE

Andreia Santos; Eduardo Cruz

Introduction: In Portugal, Chronic Low Back Pain (CLBP) is one of the most frequent rheumatological changes, which affects 12,3% (95%CI: 10,5-14,3) of adults individuals. In complexity of CLBP, there are different pain components, which are nociceptive (NOC), neuropathic (NEP) and mixed that might contribute to different types of pain in an individual.

Objective: Contribute to the validation of PAIN DETECT QUESTIONNAIRE (PDQ) through the study of its reliability and construct validity in classification of the NOC/NEP and mixed components, in patients with CLBP.

Methodology: A cross-sectional methodological study was carried out to evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of PDQ in 102 subjects with DLC. The study of the structural validity of PDQ-PT through Exploratory Factor Analysis (EFA), internal consistency, test reliability and construct validity (convergent and discriminative) was carried out. In order to evaluate the validity of the convergent and discriminative construct, a priori hypotheses regarding correlation strength and statistical significance were established with DN4-PT (convergent validity) and related to the instrument's ability to detect differences with statistical significance between the NOC and NEP subgroups in the intensity of the pain (numerical scale of pain) and functional disability (*Quebec Back Pain Disability Scale*).

Results: Through AFE revealed an initial factorial solution of only one common factor (descriptors of neuropathic pain), with an *eigenvalue* of 3.45 that explains 49.3% of the total variance in the set of 7 items analyzed. PDQ-PT revealed excellent internal consistency (*Cronbach's α* = 0.84) and excellent test-retest reliability (ICC = 0.97, 95% CI: 0.95-0.98, $p < 0.001$). Regarding the construct validity, all hypotheses established a priori were corroborated. Spearman correlation was observed between PDQ-PT and DN4-PT ($r = 0.739$, $p < 0.001$) and fundamental differences were detected in subjects with DLC, regarding pain intensity and functional disability, among DLC NEP patients and NOC ($p = 0.005$ and $p = 0.011$, respectively).

Conclusion: PDQ-PT demonstrated good validity and reliability, recommending its use in the measurement and classification of the predominant type of pain (NOC / NEP and MISTA) in patients with DLC, in clinical and research context.

Key-Words: PAIN DETECT QUESTIONNAIRE, validity, reliability, Chronic Low Back Pain.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. METODOLOGIA	10
2.1. Participantes	10
2.2. Tamanho da Amostra	11
2.3. Avaliação das propriedades psicométricas	11
2.4. Instrumentos	12
2.5. Recolha de Dados	14
2.6. Análise de Dados	15
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	18
3.1. Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica	18
3.2. Classificação do tipo de Dor	20
3.3. Avaliação das Propriedades Psicométricas	23
3.4. Fiabilidade	24
3.4.1. Consistência Interna	24
3.4.2. Fiabilidade Teste-Reteste	26
3.5. Validade de Constructo	27
3.5.1. Validade de Constructo Convergente	27
3.5.2. Validade de Constructo Divergente	28
4. DISCUSSÃO	29
5. CONCLUSÃO	34
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
7. APÊNDICES	40

1. INTRODUÇÃO

A dor lombar (DL) é uma condição definida como dor/desconforto localizada entre a margem postero-inferior da caixa torácica e pregas glúteas, com ou sem dor referida para o membro inferior (Airaksinen et al., 2006). Esta condição é classificada em três categorias: patologia específica da coluna, dor radicular ou da raiz nervosa e dor de origem não específica (Airaksinen et al., 2006). Na maioria das situações (cerca de 80%) a DL é de origem não específica, isto é, sem evidência de uma patologia subjacente (ausência de compressão de uma raiz nervosa, um trauma, uma infecção ou tumor, osteoporose ou espondilite anquilosante) (Airaksinen et al., 2006; Krismer & van Tulder, 2007; Kent & Keating, 2008; Costa et al., 2009; Verkerk et al., 2011).

A DL é usualmente classificada de acordo com o fator tempo: aguda, sub-aguda e crónica. Assim, é considerada aguda quando apresenta uma duração menor do que 6 semanas, sub-aguda quando a dor está presente entre 6 a 12 semanas e crónica quando a sua duração é de pelo menos 3 meses (Manchikanti et al., 2009; Deyo et al., 2012; Gouveia et al., 2015; Treede et al., 2015).

A dor lombar crónica (DLC), caracterizada por uma dor que persiste por um período de pelo menos 3 meses ou metade dos dias nos últimos 6 meses (Manchikanti et al., 2009; Deyo et al., 2012; Gouveia et al., 2015; Treede et al., 2015), constitui cerca de 90% dos diagnósticos médicos utilizados para esta condição, tais como: lumbago, síndrome miofascial, dor lombar mecânica, tensão muscular e outros termos vagos e inespecíficos (van Tulder et al., 2002; Krismer & van Tulder, 2007; Weiner & Nordin, 2010). Uma vez que na maioria das situações não é possível identificar uma causa específica ou estrutura responsável pela dor, que possa ser determinada com os instrumentos de avaliação e/ou diagnóstico atuais, a DLC não específica surge como um diagnóstico de exclusão (Weiner & Nordin, 2010).

Em Portugal, a Dor Lombar Crónica (DLC) é referida como uma das manifestações reumatológicas mais frequentes, afetando 12.3% (95%IC: 10,5-14,3%) dos indivíduos adultos (Monjardino, Lucas & Barros, 2011). Segundo o estudo EpiReuma, a prevalência da DLC Ativa (definida como dor lombar auto-reportada, presente no dia da entrevista e na maioria do tempo, durante pelo menos 90 dias) estima-se que esta seja de 10.4% (95%IC: 9,6-11,9%) (Gouveia et al., 2015; Branco et al., 2016). No desenvolvimento de DLC, o aumento da dor está associado a uma maior incapacidade e por conseguinte diminuição da qualidade de vida, que é provável que revele comorbilidades como transtornos de humor, associados a um grave risco de reforma

antecipada ou incapacidade para lidar com AVD's, o que causa impacto a nível social e económico (Freynhagen et al., 2006; Manchikanti et al., 2009; Fersun et al., 2012; Hoy et al., 2012; Gouveia et al., 2015). A presença de DLC ativa está também associada custos intangíveis. O aumento da dor está associado a uma maior incapacidade ($\beta = 0,35$, $p < 0,001$) e por conseguinte diminuição da qualidade de vida, revelando comorbilidades como ansiedade ($OR 2,77$, $p < 0,001$) e sintomas depressivos ($OR 2,18$, $p < 0,001$) (Gouveia et al., 2015). Em relação aos custos diretos, a presença de DLC está associada a um maior consumo de recursos de saúde ($\beta = 2,65$, $p = 0,018$) (Gouveia et al., 2015). Quanto aos custos indiretos, a reforma antecipada é significativamente maior na população com DLC ($OR 1,88$, $p = 0,002$), sendo que 6.5% dos indivíduos com dor lombar crónica obtiveram reformas antecipadas (Gouveia et al., 2015).

Na complexidade da DLC, os utentes podem reportar queixas heterogéneas. Assim em qualquer situação de dor, podem estar presentes diferentes mecanismos de produção de dor. Isto é, a dor Nociceptiva (NOC), Neuropática (NEP) e mista (MISTA) podem contribuir para diferentes tipos de dor num indivíduo (Bennett et al., 2005; Frynhagen, et al., 2006; Branco, 2008; Treede, et al., 2015). Na prática clínica, os utentes podem apresentar sinais e sintomas que nos indiquem por exemplo uma dor mínima e tolerável mais compatível com a componente nociceptiva, e outros com dor persistente, compatível com dor neuropática. Bem como podem existir utentes que apresentem uma mistura de sintomas clínicos, entre dor tolerável a persistente, que seja compatível com dor Mista (Bennett et al., 2006; Schaffer et al., 2009).

Assim, na DLC, a componente NOC ocorre pela estimulação de nociceptores específicos, que são preferencialmente ativados por estímulos nociceptivos ou que se podem tornar nociceptivos quando prolongados (Branco, 2008). Neste tipo de dor, habitualmente, a região dolorosa coincide como local da lesão e a dor é geralmente transitória, desaparecendo com a reparação tecidular (Branco, 2008). Em contraste na dor NEP, a região dolorosa não se situa necessariamente no local da lesão, uma vez que ocorre no território da estrutura nervosa afetada (nervo, raiz, medula espinal ou córtex cerebral) (Branco, 2008; Treede & Jensen, 2008; Treede, et al., 2015). Segundo a IASP (2010) a dor NEP envolve lesão ou patologia ao nível do Sistema Nervoso Somatosensorial Periférico, que eventualmente está associada a situações de lesão ao nível da raiz nervosa ou nervo periférico por estímulos mecânicos/e ou químicos que excedem as capacidades físicas do Sistema Nervoso (Merkskey & Bogduk, 1994; Gifford & Butler, 1997; Butler, 2000; Treede & Jensen, 2008; Treede, et al., 2015). Desta forma, muito utentes com DLC irão reportar défices neurológicos e/ou sintomas somatosensoriais positivos

como a hiperalgesia primária, alodínia e hiperalgesia secundária (Freyenhagen et al., 2006; Nee & Butler, 2006; Branco, 2008; Treede & Jensen, 2008; Woolf, 2011). De acordo com vários estudos, a componente NEP é especialmente problemática porque geralmente é crônica, apresenta períodos prolongados de dor, é grave e frequentemente causa um sofrimento extremo, e é incessante (Freyenhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011; Treede, et al., 2015). Para além disso, este tipo de dor está associado a presença de dor irradiada, bem como a uma alta comorbilidade pois pode afetar muito o humor, a personalidade e as relações sociais e profissionais do utente (Freyenhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011). Ainda nas alterações degenerativas da coluna vertebral, a dor nociceptiva das várias estruturas afetadas pode coexistir com a dor neuropática numa compressão radicular, sendo o caso de dor “MISTA” ou “combinada” (Bennett et al., 2006; Branco, 2008; Treede & Jensen, 2008; Schaffer et al., 2009; Smart et al., 2010; Treede et al., 2015).

Considerando os diferentes mecanismos de produção da dor envolvidos nos sinais e sintomas de DLC, a identificação do mecanismo dominante de dor é um desafio clínico no diagnóstico e tratamento destes utentes (Bennett et al., 2005; Frynhagen et al., 2006; Barbosa et al., 2014). Consoante a dominância do mecanismo de produção da dor, utentes com DLC podem apresentar diferentes comorbilidades associadas, tais como, distúrbios do sono, depressão e ansiedade, diferente severidade dos seus sintomas e diferentes necessidades de tratamento.

Nos últimos anos, foram desenvolvidos diversos instrumentos para categorizar os sinais e sintomas de Dor NEP (DN4, LANSS e S-LANSS). O LANSS é um questionário semi-estruturado, que questiona o utente sobre a dor que sentiu na última semana, com 7 itens agrupados em 2 seções, para identificação de utentes cuja a dor é denominada por mecanismos neuropáticos (Bennett et al., 2005; Barbosa et al., 2014). A primeira seção, seção A, inclui 5 itens para sintomas avaliados de 1 a 5, dependendo dos itens, sempre que a resposta for afirmativa e 0 se, se estiver ausente. Nesta seção, são utilizados os descritores NEP mais frequentes: picadas, choques elétricos, mudanças de temperatura/cor da pele, entre outros. A seção B, consiste num exame de sensibilidade, composta por 2 itens, através do qual o profissional de saúde explora a sensibilidade da pele, comparando a área dolorosa com uma área contra-lateral ou adjacente não dolorosa. A presença de alodínia (avaliada pela resposta do utente à pressão de um algodão) e hiperalgesia (resposta do utente à picada de agulha) são explorados. Cada item deve ser marcado como presente ou ausente e a presença de cada sinal é marcada de forma diferente. A adição das pontuações dos 7 itens, pode variar entre 0 a 24 pontos. Um paciente que apresente uma pontuação ≥ 12 é diagnosticado como tendo presença do mecanismo neuropático. Assim, a LANSS funciona como uma escala de medida para a dor neuropática.

Este instrumento tem sido amplamente utilizado desde 2001, mas a necessidade de Exame Clínico limita o seu uso em larga escala, e além disso tem sido criticado pelo uso de Teste de Picada de Agulha.

A escala DN4 foi desenvolvida para rastrear a presença de dor neuropática. É um questionário com 10 itens relacionados com características da dor NEP, em que 7 itens estão relacionados com as características da dor referidas pelo utente e 3 itens resultam do exame físico que procura identificar a presença de regiões de hipoestesia ao tato ou à picada, ou regiões de alodínia (Azevêdo et al., 2007). A DN4 requer cálculos complexos para determinar a pontuação, e não foi validada em relação à sua capacidade de detetar mudanças com o tratamento. Também a sua capacidade para discriminar as diferentes componentes de Dor é inferior ao LANSS em comparação ao diagnóstico clínico. Sendo que na sua versão original a DN4 apresenta valores de sensibilidade de 82.9% e especificidade de 89.9%, enquanto o LANSS apresenta valores de 82% a 91% para sensibilidade e de 80 a 94% para a especificidade (Bennet et al., 2005; Bouhassira et al., 2005; Santos et al., 2010).

A S-LANSS foi desenvolvida apenas para identificar a dor de Origem Predominantemente Neuropática (POPNO) com base nos sinais e sintomas do utente (Bennett et al., 2005). Nesta escala os dois itens de exame da LANSS foram reformulados, sendo de autopreenchimento, para simplificar os descritores NEP. As modificações adicionais consistiram num mapa corporal para identificação de áreas locais de dor e de uma escala numérica de 11 pontos. A essência da S-LANSS permaneceu a mesma do LANSS, por isso não foi necessário adaptar o sistema de pontuação. A S-LANSS apresenta aspetos mais relevantes face às outras escalas, tais como ser uma escala de autopreenchimento, validada em ambiente clínico com inquérito pessoal, e dado às suas características tem como objetivo identificar os casos, com base num ponto de corte de ≥ 12 para presença da componente neuropática. Além disso, não existe a necessidade de exame clínico (teste de picada de agulha) (Bennett et al., 2005).

Face às limitações referidas para estes instrumentos, Freynhagen e colaboradores (2006), desenvolveram um novo instrumento de triagem por autopreenchimento, de aplicação rápida e fácil, "PAIN DETECT QUESTIONNAIRE" (PDQ), que pretende identificar a componente NOC/NEP e mista em utentes que reportem dor NEP. O PDQ é um questionário de autopreenchimento, constituído por 4 blocos de questões (Freynhagen et al., 2006): o primeiro bloco inclui 3 itens (Intensidade da dor agora; Intensidade máxima de dor nas últimas 4 semanas; Intensidade média de dor nas últimas 4 semanas) respondidos numa escala *Likert* de

11 pontos, que varia entre “Nenhuma dor” (0) e a “Máxima dor” (10); o segundo é constituído apenas por um item de escolha múltipla com 4 gráficos que representam o padrão de intensidade da dor ao longo do tempo; o terceiro bloco apresenta um mapa sensorial que representa um homúnculo, onde é solicitado que o utente marque a zona de dor e desenhe uma seta na direção da dor irradiada, caso exista; o quarto bloco inclui 7 itens, com resposta em formato *Likert* de 6 pontos, que tem como âncoras nos seus extremos “nenhuma” (0) a “muito forte” (5), com referência à representação do homúnculo. Este bloco contém itens sobre sensações anómalas ou dolorosas, como: queimadura, formigueiro ou picadas, alodinia, crises de dor, temperatura provoca dor, dormência e dores provocadas por uma leve pressão.

Comparativamente às outras escalas supramencionadas, Andres et al., (2011) referem que este instrumento revela uma maior capacidade de avaliar a presença de sintomas e sinais de origem neuropática devido ao formato de escala de resposta *Likert* utilizada nas perguntas, pela sua representação visual clara do padrão de dor ao longo do tempo para apoiar a identificação correta do tipo de dor e faz uso de um mapa sensorial para avaliar a presença de irradiação da dor, que é imprescindível para a triagem inicial de dor NEP. O formato de lápis-papel tem uma sensibilidade de 85%, especificidade de 80% e um valor preditivo positivo de 83% em comparação ao diagnóstico clínico, podendo ser aplicado sem a presença de profissionais de saúde (Freyenhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011).

Aquando da avaliação das propriedades psicométricas, este instrumento apresenta uma boa Fiabilidade e Validade (Freyenhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011), nomeadamente consistência interna, fiabilidade teste-reteste, validade estrutural, de critério e de constructo.

A consistência interna de uma escala indica a sua homogeneidade demonstrando a forma como os itens se relacionam conceptualmente num instrumento (DeVon, 2007; Terwee et al., 2007). No estudo original do PDQ observou-se uma adequada consistência interna (α de *Cronbach*=0,83) (Freyhagen et al., 2006). Nos estudos que adaptaram a PDQ a outras línguas, obtiveram-se valores semelhantes que oscilaram entre 0,76 a 0,83: na versão espanhola observou-se um α de *Cronbach* de 0,83 (Andrés et al., 2011), Turca, 0,81 (Alkan et al., 2013), Japonesa, 0,78 (Matsubayashi Y et al., 2013), Holandesa 0,80 (Rienstra et al., 2015), Norte Americana, 0,76 (Capelleri et al., 2015) e na versão Coreana, 0,80 (Sung et al., 2017).

A fiabilidade teste-reteste, testa a estabilidade de medida de um instrumento durante um período de tempo no qual não é esperada mudança (Bowling et al., 2009; Mokkink et al., 2010). No processo de validação original da PDQ não foi testada a fiabilidade teste-reteste uma vez que os

utentes já se encontravam em tratamento (Freyenhagen et al. 2006). No entanto, nas versões adaptadas a outras línguas os valores de CCI obtidos demonstram a elevada estabilidade temporal do instrumento: na versão espanhola obteve-se um valor de CCI de 0.93 (com 24h/48h de intervalo) (Andrés et al., 2011), na versão Turca o CCI obtido foi de 0.98 (com intervalo de 48h) (Alkan et al., 2013), na versão Japonesa de 0.94 (com intervalo de 2 semanas) (Matsubayashi Y et al., 2013) e na versão Holandesa de 0.90 (com intervalo de 2 semanas) (Rienstra et al., 2015).

A validade é definida pelo grau que um dado instrumento mede verdadeiramente o constructo que se propõe medir (Mokkink et al., 2010). A validade inclui os domínios da validade de constructo, critério e de conteúdo. Para efeitos deste estudo apenas a validade de constructo é relevante, sendo definida pelo grau em que os resultados de um instrumento são consistentes com as hipóteses baseadas no pressuposto que o instrumento mede de forma válida o constructo a ser medido (Mokkink et al., 2010). Assim, a validade de constructo inclui a validade estrutural e o teste de hipóteses (de Vet et al., 2011).

A validade estrutural é definida como o grau em que as pontuações do questionário refletem adequadamente a dimensionalidade do constructo a ser medido (Mokkink et al., 2010). Na validação do questionário da PDQ-PT, é esperado verificar se o questionário mede as variáveis latentes esperadas, especificamente, as relativas às subescalas que constituem o PDQ, numa amostra de utentes portugueses com Dor Lombar Crónica não específica. Neste sentido, torna-se crucial realizar uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) (de Vet et al., 2011).

No estudo original, Freyhagen et al. (2006), bem como na versão espanhola (Andrés et al., 2011), na AFE de acordo com o critério de Kaiser foram identificadas 4 dimensões possíveis (*eigenvalue* de $\geq 1,0$), dos quais 2 fatores foram determinantes, sendo que a primeira componente principal consiste em 7 questões sobre a qualidade de dor e a 2ª componente principal é descrito pelo padrão de dor “Crises de dor sem dor nos intervalos”. Assim, considerando a 1ª componente, as correlações bivariadas entre entre os 7 itens relacionados com a graduação dos sintomas de dor foram sempre significativas $p < 0.001$. A versão Japonesa, Matsubayashi Y et al. (2013), utilizou o Critério de Kaiser (*eigenvalue* $\geq 1,0$) e um gráfico de Scree que revelam que a componente principal do PDQ consiste em 2 fatores determinantes que explicavam 62% da variância e que foram designados como “dor espontânea” e “dor evocada”.

O princípio básico da validação do constructo é a formulação de hipóteses acerca das relações esperadas entre as pontuações dos instrumentos em estudo com as pontuações de outros instrumentos, que medem constructos similares ou diferentes, ou então diferenças nas

pontuações do instrumento entre subgrupos de pacientes (Mokkink et. al., 2010). Relativamente aos estudos realizados para avaliar a validade de constructo do PDQ, estes revelam a existência de uma correlação moderada a forte do PQD com outras escalas de medição da componente NEP, entre as quais LANSS e DN4; uma correlação moderada com as escalas de intensidade de dor e ainda mais baixa com escalas que avaliem diferentes constructos. Foi igualmente evidente a capacidade do PDQ conseguir fazer a discriminação entre grupos de sujeitos que se prevê que diferiam na componente de dor NOC/NEP.

No estudo de Andrés e colaboradores (2011) os resultados obtidos demonstram que este questionário se correlaciona fortemente com a LANSS ($r=0.878$, $p<0.001$). Na versão Turca a correlação entre PDQ e LANSS foi elevada e estatisticamente significativa ($r=0,89$, $p<0,001$), o mesmo se verificou na correlação entre PDQ e DN4 ($r=0,82$, $p<0.001$) (Alkan et al., 2013). No estudo de Matsubayashi Y et al. (2013), versão Japonesa, a correlação entre a PDQ e END foi moderada ($r=0,44$ $p<0.01$). Na versão Coreana, a correlação entre PDQ e S-LANSS foi ligeiramente mais baixa que nos estudos anteriores, mas verificou-se um valor de $r=0,74$ ($p<0.001$) (Sung et al., 2017). Em todos os estudos, foi verificado a capacidade do PDQ discriminar entre sujeitos que reportam a componente NOC e NEP ($p<0,001$), sendo que para avaliar a validade discriminativa, os utentes com componentes NOC e NEP foram comparados em todos os itens da escala e na pontuação global do PDQ (*T-Student*, *Mann-Whitney U*, *Teste Qui-Quadrado*, *ANOVA unidirecional*, *Kruskal-Wallis*, *correção de Bonferroni* e *post-hoc de Tukey* para corrigir o efeito das comparações múltiplas, quando detetada diferenças entre grupos) (Andres et al., 2011; Alkan et al., 2013; Matsubayashi Y et al. 2013; Sung et al., 2017).

O PDQ foi traduzido e adaptado culturalmente para a língua portuguesa pelo Mapi Research Institute (2007) mas até à data não foram avaliadas as suas propriedades psicométricas. Apesar dos estudos realizados terem demonstrado que o PDQ possui boas capacidades psicométricas quando adaptada a diferentes línguas e culturas, a avaliação das propriedades psicométricas não foi realizada para a versão portuguesa do PDQ.

Assim, considerando a sua relevância clínica e o seu potencial na diferenciação da componente NOC/NEP em indivíduos com DLC não específica, o objetivo deste estudo é contribuir para a validação do PDQ através do estudo da sua fiabilidade e validade de constructo do PDQ-PT na identificação da presença da componente NOC/NEP e mista, em utentes com DLC.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo metodológico de validação com desenho transversal, para o qual foram recrutados indivíduos com diagnóstico de Dor Lombar Crónica (DLC) referenciados para intervenção em Fisioterapia, em instituições prestadoras de cuidados de Fisioterapia (públicas e privadas) durante 10 meses (entre Janeiro a Outubro de 2017).

2.1. Participantes

Os utentes com diagnóstico de DLC não específica foram recrutados de forma consecutiva, em instituições prestadoras de cuidados de Fisioterapia (públicas e privadas) durante 10 meses (entre Janeiro a Outubro de 2017). Eram elegíveis todos os participantes que reportassem dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores há pelo menos 3 meses, de origem não específica ou dor em menos de metade dos dias num período de 6 meses (Deyo et al., 2011), com idade compreendida entre os 18 e 65 anos (Jones, Pandit, & Lavy, 2014) e que soubessem ler e escrever português europeu, de modo a responder aos questionários de autopreenchimento.

Foram excluídos os utentes diagnosticados com patologia específica da coluna lombar, como, envolvimento neurológico (sintomas de compressão radicular, cauda equina), presença de doença sistémica e/ou infecciosa, dor visceral/maligna ou fractura/risco de fractura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006), que tivessem realizado de cirurgia lombar ou pélvica nos últimos 6 meses (Verkerk et al., 2011), Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos últimos 3 meses, com exceção de medicação para a dor (Airaksinen, 2006; Koes, 2010; Enthoven et al., 2015). Foram também excluídas mulheres que se encontrassem no período de gestação (Casagrande et al., 2015).

O presente estudo foi submetido à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde (CEEI-ESS), Instituto Politécnico de Setúbal, que verificou todos os aspetos éticos inerentes a este estudo, aprovando a sua realização (Apêndice A).

Os participantes foram recrutados pela investigadora e por Fisioterapeutas colaboradores que aceitaram participar neste estudo, com base em procedimentos pré-estabelecidos e devidamente documentados (Apêndice B). Adicionalmente, foi realizada uma sessão de esclarecimento com os Fisioterapeutas colaboradores a fim de uniformizar todos os procedimentos de recolha de dados. Previamente à aceitação de participar no estudo, todos os utentes elegíveis foram informados de forma detalhada acerca dos objetivos e natureza do

estudo, sendo posteriormente solicitada a assinatura de um formulário de consentimento informado (Aguiar, 2007).

2.2. Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foram seguidas as recomendações do COSMIN (de Vet et al. 2011). Assim, e para a realização da AFE é recomendado entre 4-10 participantes por item do instrumento com um mínimo de 100 participantes. Para o estudo da fiabilidade teste-reteste é recomendado um mínimo de 50 participantes. Para avaliação da validade de constructo recomenda-se um mínimo de 50 participantes, mas é aconselhada a utilização de valores próximos dos 100 participantes. Para avaliação da validade discriminativa é recomendado um mínimo de 50 participantes por subgrupo.

2.3. Avaliação das Propriedades Psicométricas

Neste estudo procedeu-se à avaliação das seguintes propriedades psicométricas do PDQ-PT:

- a. Avaliou-se a estrutura fatorial através de uma Análise Fatorial Exploratória;
- b. Estimou-se a consistência interna, com recurso ao α de *Cronbach*. Adicionalmente fez-se a análise da correlação item a item e item-total do PDQ-PT;
- c. Procedeu-se à análise da fiabilidade teste-reteste utilizando o Coeficiente de Correlação Interclasse do tipo 2.1 [CCI (2.1)].
- d. Para determinar se a medida que se pretende validar (PDQ-PT) produz resultados correspondes aos obtidos, por outros instrumentos de medida que medem constructos semelhantes (DN4-PT) avaliou-se a validade de constructo convergente. Para determinar se a medida que se pretende validar (PDQ-PT) tem a capacidade para discriminar, ou detetar diferenças esperadas ou conhecidas entre subgrupos de utentes, avaliou-se a validade discriminativa (Mokkink et al., 2010). Assim, e considerando a amostra de utentes com DLC referenciados para tratamento de Fisioterapia, foram estabelecidas as seguintes hipóteses:
 1. Existe uma associação positiva e significativa, forte (0.70-0.95) entre a média da pontuação total da PDQ-PT e a média da pontuação total da DN4-PT;
 2. Existe uma diferença significativa nas pontuações obtidas na END entre os utentes classificados como NOC e NEP;

3. Existe uma diferença significativa nas pontuações obtidas na QBPDS-PT entre os utentes classificados como NOC e NEP.

2.4. Instrumentos

O PDQ é um questionário autoadministrado desenhado para despistar a presença de dor neuropática em utentes com DLC, abordando o utente acerca da sua dor no “momento”, e nas “últimas 4 semanas”. A escala está dividida em 4 áreas (Freyenhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011):

- A primeira área inclui 3 itens respondidos numa escala de *Likert* de 11 pontos que tem como âncoras “Nenhuma dor” (0) e a “Máxima dor” (10), acompanhados por escala graduada de cores que representa a intensidade da dor num formato análogo;
- A segunda é um item de escolha múltipla com 4 gráficos que representam o padrão de intensidade da dor ao longo do tempo experienciado pelo utente. Os padrões possíveis são: dor constante com ligeiras flutuações (0 pontos), dor constante com crises de dor (-1 ponto), crises de dor sem dor nos intervalos (1 ponto) e crises frequentes com dor nos intervalos (1 ponto);
- A terceira contempla um mapa sensorial que representa a parte da frente e detrás de uma figura humana (homúnculo), acompanhada por 3 perguntas: primeira para marcar a zona de dor, segunda tem um item dicotómico sobre a presença de dor irradiada, e um terceiro que faz a pergunta para desenhar uma seta na direção da dor irradiada. A resposta positiva ao item dicotómico (SIM na dor irradiada) é marcada com 2 pontos.
- A quarta área inclui 7 itens em formato *Likert* de 6 pontos, que tem âncoras “nenhuma” (0), “insignificante” (1), “ligeira” (2), “moderada” (3), “forte” (4), “muito forte” (5), com referência à representação do homúnculo. Contém itens sobre as seguintes sensações anómalas ou dolorosas: queimadura, formigueiro ou picadas, alodínia, crises de dor, temperatura provoca dor, dormência e dores provocadas por pressão. Este bloco final fornece pontuação entre 0 e 35 pontos.

A pontuação total é obtida através da soma das pontuações nas últimas 3 áreas e pode variar de -1 a 38. Na interpretação dos resultados são utilizados dois valores de corte: pontuações ≤ 12 revelam que é muito improvável a dor NEP estar presente (85% de probabilidade de NEP não estar presente), revelando a componente NOC e ≥ 19 (90% de probabilidade de NEP estar presente), pontuação que indica que é muito provável a componente NEP estar presente. Os

resultados entre os dois valores sugerem que o resultado é indefinido e que uma componente NEP pode estar presente, sendo caracterizada como componente mista.

Para além da versão portuguesa da PDQ-PT foram utilizados os seguintes instrumentos de recolhas de dados: Questionário Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica – Dor Lombar Crónica, END, DN4-PT, QBPDQ-PT e GBRS-PT.

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica é composto por 2 secções distintas: Dados Sociodemográficos (8 questões), Dados Clínicos (12 questões) (Caeiro, Cruz, Fernandes, Pires & Costa, 2015). Estas questões foram definidas tendo em consideração as recomendações da “NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain” para avaliação das características e impacto da DLC (Deyo et al., 2014).

De forma a medir a perceção da intensidade de Dor foi utilizada a Escala Numérica da Dor (END). Esta escala é considerada uma medida unidimensional que avalia a intensidade em adultos, incluindo adultos com dor crónica. A END é uma versão numérica segmentada da Escala Visual Analógica (EVA) e o seu formato é uma barra horizontal com 11 pontos, variando entre valores inteiros de 0 (“ausência de dor”) a 10 (“pior dor imaginável”). A END apresenta valores de fiabilidade teste-reteste entre moderados e elevados, variando entre 0.67 e 0.96 (Good et al., 2001; Finch, Brooks, Stratford, & Mayo, 2002).

Para medir a presença da componente neuropática foi utilizada a versão portuguesa do Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (DN4-PT). Apresenta 10 itens relacionados com as características da dor, dos quais 7 itens estão relacionados com as características referidas pelo utente através de termos descritivos, e 3 itens resultam do exame físico realizado pelo clínico, variando de 0 a 10 pontos. A versão portuguesa desta escala revelou excelentes propriedades no rastreio/identificação de dor associada a lesões do sistema nervoso (central ou periférico), tendo revelado uma fiabilidade moderada a elevada 95%IC: 0,481-0,701 (κ de Cohen) (7 dias). No que concerne a avaliação da validade deste instrumento foi feita a através da comparação entre o índice de DN4 e o diagnóstico clínico, para determinar a capacidade de DN4 discriminar cada utente à presença ou ausência de dor neuropática, sendo que segundo o resultado na estimativa da área sob a curva (AUC) ROC de 0,774 (IC95%: 0,699-0,848; $p \leq 0.001$), com bem como uma muito boa especificidade (77%) e sensibilidade (80%), com ponto de corte do índice DN4 ≥ 4 , sendo a pontuação global definida como a soma das respostas a todos os itens (Bouhassira et al., 2005; Azevêdo et al., 2007).

De modo a medir a funcionalidade foi utilizada a versão Portuguesa da *Quebec Back Pain*

Disability Scale (QBPDQ-PT). É um questionário autoadministrado constituído por 20 itens de atividade diária que podem ser classificados de 0 (“sem dificuldade nenhuma”) a 5 (“incapaz de fazer”). A pontuação total varia de 0 a 100, sendo que pontuações mais elevadas apresenta piores níveis de incapacidade funcional (Kopec et al., 1996; Muller et al., 2006). A versão portuguesa (Vieira et al., 2012) deste questionário demonstrou excelente consistência interna (α de Cronbach=0,95), e fiabilidade teste-reteste satisfatória (CCI= 0,696; IC 95%: 0,581–0,783).

Por último, a escala Global Back Recovery Scale (GBRS) é uma medida que é utilizada para os utentes com DLC-NE auto-classificarem o seu grau de recuperação, sendo considerada uma escala classificação global de mudança. A GBRS é uma escala de 11 pontos, variando entre valores inteiros de “muito pior” (-5) a “completamente recuperado” (+5). Esta escala inclui o ponto “0” (“na mesma”), no centro da escala, que permite pontuar quando não há mudanças na sua condição clínica (Kamper et al., 2010; Hush et al., 2012). A GBRS apresenta valores de fiabilidade teste-reteste entre moderados e elevados, (CCI= 0,90: 0.72 e 0.90), com um poder de resposta de elevado (0.5 a 2.7). Na versão portuguesa a GBRS apresenta valores de fiabilidade teste-reteste adequados, com valor de CCI de 0,717 (IC 95% 0.479-0,849, $p<0.001$), e com valor para a diferença mínima clinicamente importante identificado em 2 pontos (Freitas et al., 2017).

2.5. Recolha de dados

Após verificação dos critérios de inclusão/exclusão e assinatura do consentimento informado, os participantes foram avaliados em 2 momentos distintos, Avaliação Inicial (T0) e após 24h/48h (T1), sendo que o primeiro momento (T0 – baseline) foi efetuado antes da intervenção da Fisioterapia (Apêndice C). Esse intervalo de tempo selecionado para T1 foi escolhido com o intuito que os indivíduos se mantivessem estáveis na sua condição clínica, para que se avalie a fiabilidade teste-reteste (Mokkink et al., 2010; Andrés et al., 2011).

Na avaliação inicial os participantes preencheram um questionário sociodemográfico e clínico, a versão Portuguesa da END (incluída no questionário sociodemográfico e clínico), a versão Portuguesa da QBPDQ, DN4 e a versão Portuguesa do PDQ. Às 24h/48h seguintes, os participantes preencheram a versão Portuguesa GBRS e o PDQ.

Todos os questionários foram preenchidos pelos utentes de forma autónoma e em local reservado sem a presença ou interferência da investigadora ou de Fisioterapeutas colaboradores.

No decurso do estudo, os fisioterapeutas colaboradores devolveram os questionários preenchidos à investigadora, para posteriormente analisar os dados recolhidos.

2.6. Análise de Dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics 24* para o sistema operativo *Mac OS X*, através dos dados recolhidos após os instrumentos de medição serem aplicados.

Para efeitos de tratamento dos dados foram excluídos os participantes que na avaliação inicial (T0) não responderam a 2 ou mais itens na DN4-PT, e a 3 ou mais itens na QBPDQ-PT e/ou no PDQ-PT.

Para análise dos dados em falta (*missing data*), determinou-se:

- Na Versão Portuguesa da DN4, os 7 itens estão relacionados com as características referidas pelo utente através de termos descritivos. Quando o utente não responde até ao limite 2 itens os itens são dados como valores omissos (Azevêdo et al., 2007;).
- Em relação aos 20 itens de atividade diária da QBPDQ-PT, na ausência de resposta de menos 3 itens, estes foram classificados por 0 (“sem dificuldade nenhuma”) (Kopeck et al., 1995).
- No que concerne ao instrumento que se pretende estudar, PDQ-PT, na ausência de resposta, a pontuação é dada como valor omissos (Andres et al., 2011).

No segundo momento de avaliação (T1), mantém-se o mesmo procedimento que em T0, sendo também excluídos os participantes que não respondam adicionalmente à GBRS-PT.

No que concerne às características socio-demográficas e clínicas foi utilizado os métodos de análise de estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central e de dispersão, bem como para caracterização das amostras em estudo. Por outro lado, as variáveis nominais e ordinais foram analisadas através da distribuição de frequências (absoluta e relativa). Posteriormente os participantes foram categorizados nos 3 grupos definidos pelo PDQ (dor NOC, mista e NEP) de acordo com os pontos de corte estabelecidos na literatura (Freyhagen et al., 2006). Para a realização da análise da independência dos grupos, relativamente às variáveis sócio-demográficas e clínicas na *baseline*, utilizou-se o teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis H* para o estudo das variáveis contínuas e o teste não paramétrico Qui-Quadrado para o estudo das variáveis categóricas. Para tornar possível a realização do teste Qui-Quadrado, as variáveis foram combinadas (Estado Civil, Habilitações Literárias, Situação Profissional e Duração da Dor)

de forma a aumentar a frequência observada, embora com o devido cuidado de não desprever a variável de significado (Marôco, 2011).

Para avaliar a estrutura fatorial da escala, foi realizada de uma análise fatorial exploratória com recurso ao método de componentes principais, método mais comumente utilizado (Marôco, 2011). Para a decisão do número apropriado de fatores a reter, estabeleceram-se os seguintes critérios: 1) um *eigenvalue* superior a 1 (Critério de *Kaiser*); 2) o critério do *Scree Plot*; 3) os itens devem ter um peso factorial superior a 0.5; 4) a percentagem de variância explicada pelos fatores retidos deve ser no mínimo de 50% (Marôco, 2011).

Para estimar a consistência interna, utilizou-se coeficiente *alpha* (α) de *Cronbach* sendo aceitáveis valores entre 0.70 e 0.95 (Mokkink et al., 2010). O estudo da consistência interna foi complementado com análise da correlação item a item e item total.

A fiabilidade teste-reteste foi avaliada através do Coeficiente de Correlação Intra-Classe tipo 2.1 [CCI (2.1)], sendo que valores de fiabilidade acima de 0.70 indicam uma boa fiabilidade teste-reteste (Mokkink et al., 2010). De forma a garantir a estabilidade da condição apenas foram incluídos no estudo da fiabilidade teste-reteste os participantes que em T1 pontuaram abaixo da diferença mínima clinicamente importante identificada para a GBRs-PT (2 pontos) (Freitas et al., 2017), isto é, os que se auto-classificaram nessa escala, como estando “na mesma” (0), “ligeiramente melhores/ piores” (“-1” ou “1”).

Para a verificação das hipóteses de estudo relativas à validade de constructo convergente foi primeiro realizada uma análise da distribuição normal das variáveis, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Marôco, 2011). Uma vez que os requisitos não foram observados realizou-se o estudo da relação entre as variáveis, recorrendo-se ao coeficiente de correlação bivariada de *Spearman* para testar a hipótese definida para a relação esperada com a versão portuguesa da DN4-PT. O coeficiente de *Spearman* é uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis ordinais, variando o seu valor entre -1 e +1 (Marôco, 2011). Uma vez que não existem critérios comumente aceites para estabelecer a validade de constructo, definiu-se que os seus resultados devem ser similares e correlacionar-se fortemente, ou seja, deve existir uma quantidade considerável de variação partilhada, considerando-se que coeficientes de correlação menor que 0,2 representam uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e muito alta para coeficientes entre 0,9 e 1 (Pestana & Gageiro, 2014).

Para testar a validade discriminativa do PDQ-PT em relação à sua capacidade de detectar diferenças nos grupos NOC e NEP relativamente à intensidade da dor (END) e incapacidade funcional (QBPDQ-PT) realizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Dá-se um resultado positivo para a validade de constructo se pelo menos 75% dos resultados estão em concordância com as hipóteses especificadas antecipadamente, em grupos de pelo menos 50 utentes (Terwee et al., 2007; Mokkink et al., 2010).

Para as hipóteses relativas à avaliação da validade de constructo, o nível de significância foi de $p \leq 0,05$.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. Caracterização Socio-Demográfica e Clínica

Neste estudo foram recrutados 102 participantes com DLC de origem não específica que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão, e que preencheram os questionários na avaliação inicial (T0). De todos os potenciais utentes com DLC, 5 utentes foram excluídos, por não cumprirem os critérios de inclusão [idade acima do limite compreendido (n=3), e de exclusão (tratamento conservador com menos de 3 meses) (n=2)]. A idade média da amostra em estudo foi de 47,25 ($\pm 10,13$), sendo maioritariamente constituída por participantes do género feminino (74,5%). No que concerne à caracterização clínica da amostra, a maioria dos participantes referiu sintomas com duração há mais de 24 meses (72,5%) e reportou irradiação da dor para o membro inferior (57,8%). Verificou-se que os indivíduos com DLC-NE reportaram outro tipo de sintomatologia para além de dor lombar, 84,4% (n=86) referiram sentir dores nos braços, pernas e outras articulações, 66,7% (n=68) dor de cabeça e 52,9% (n=54) dor difusa.

Constatou-se ainda que a DLC-NE parece ter um elevado impacto na qualidade do sono, em qualquer das categorias de dor, sendo que a maioria dos participantes nos 3 grupos referiu “nunca/ raramente/ às vezes” “ter um sono reparador. No que diz respeito aos sintomas depressivos (Na última semana sentiu-se depressivo), cinesiofobia (“Não é seguro para uma pessoa com a minha condição ser fisicamente ativa”) e catastrofização (“sinto que as minhas costas estão cada vez, observa-se uma tendência de acréscimo progressivo de respostas positivas (Sim ou Concordo) do grupo dor NOC para o para o grupo NEP.

Na avaliação inicial do PDQ-PT, e tendo por base os pontos de corte sugeridos pelos autores do instrumento (Freyhagen et al., 2006) para classificar o tipo de dor, 54,6% dos participantes foram categorizados como tendo um mecanismo de dor NOC, 24,5% mecanismo de dor Mista e 20,6% como tendo um mecanismo de dor NEP. Na tabela 1 são apresentadas as principais características sócio-demográficas e clínicas dos participantes em cada um dos grupos.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica e clínica dos grupos NOC, Mista e NEP (n=102)

N		Tipo de Dor		
		NOC	Mista	NEP
		56 (54,9%)	25 (24,5%)	21 (20,6%)
Idade máx e min		46,27 ± 10,37 (23-65)	47,0 ± 10,14 (24-64)	50,14 ± 9,39 (34-64)
Gênero	Feminino	82,6% (37)	88% (22)	31,5% (17)
	Masculino	68,5% (19)	12% (3)	17,4% (4)
Índice de Massa Corporal (Kg/m2)		24,33 ± 4,85	25,39 ± 4,29	26,31 ± 5,55
Estado Civil	Vive sozinho	33,9% (19)	24% (6)	38,1% (8)
	Vive acompanhado	66,1% (37)	76% (19)	61,9% (13)
Habilitações Literárias	Ensino Básico ou inferior	32,1% (18)	24% (6)	38,1% (8)
	Ensino Secundário ou Superior	67,9% (38)	76% (19)	61,9% (13)
Situação profissional atual	Ativo	78,6% (44)	72% (18)	71,4% (15)
	Não ativo	21,4% (12)	28% (7)	28,6% (6)
Duração da Dor Lombar	< 24 meses	23,2% (13)	32% (8)	33,3% (7)
	≥ 24 meses	76,8% (43)	68% (17)	66,7% (14)
Dor irradiada para o Membro Inferior	Sim	47,5% (19)	76% (19)	52,5% (21)
	Não	100% (37)	24% (6)	0,0% (0)
Medicação para a DLC	Sim	43,5% (10)	32% (8)	56,5% (13)
	Não	85,2% (46)	68% (17)	14,8% (8)
Absentismo Laboral	Sim	52,6% (10)	24% (6)	47,4% (9)
	Não	79,3% (46)	76% (19)	20,7% (12)
Sentimentos Depressivos (Na última semana sentiu-se depressivo)	Sim	1,8% (1)	4% (1)	9,5% (2)
	Não	98,2% (55)	96% (24)	90,5% (19)
Sono Reparador (O meu sono foi reparador)	Sim	35,7% (20)	20% (5)	23,8% (5)
	Não	64,3% (36)	80% (20)	76,2% (16)
Cinesiofobia (Não é seguro para uma pessoa com minha condição ser ativa)	Discordo	87,5% (49)	84% (21)	57,1% (12)
	Concordo	12,5% (7)	16% (4)	42,9% (9)
Catastrofização (Sinto que minhas costas estão piores e nunca vão melhorar)	Discordo	78,6% (44)	60% (15)	47,6% (10)
	Concordo	21,4% (12)	40% (10)	52,4% (11)

Variáveis quantitativas: média ± desvio padrão; Variáveis categóricas: percentagem (frequência).

Legenda: **Sintomas Depressivos:** Não (inclui Nunca, raramente, às vezes); Sim (inclui Frequentemente, ou Sempre". **Sono reparador:** Sim (inclui Frequentemente, Sempre); Não (inclui Nunca, raramente, às vezes). **Cinesiofobia:** Concordo (inclui Concordo e Concordo Plenamente); Discordo (inclui Discordo e Discordo Plenamente).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na idade ($p=0,40$) e IMC ($p=0,57$), género ($p=0,84$), estado civil ($p=0,56$), habilitações literárias ($p=0,58$), situação profissional atual ($p=0,73$), duração da DL ($p=0,57$), ou absentismo laboral ($p=0,08$), entre os grupos (NOC, Mista e NEP). Conclui-se assim que estas variáveis não estão associadas.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na presença de dor irradiada ($X^2= 31,819$, $p=0,0005$), e toma de medicação para a DLC ($X^2= 14,047$, $p=0,001$), com a totalidade dos participantes classificados como tendo dor NEP a reportar dor irradiada e com 85,2% dos participantes classificados como tendo dor NOC a reportar que não toma medicação para a DL.

3.2. Classificação do tipo de Dor (PDQ-PT)

A tabela 2 apresenta a pontuação média obtida por cada grupo nos diferentes itens do PDQ-PT. No que concerne às questões da intensidade da dor, o grupo NEP é o que apresenta maior intensidade média de dor no momento ($5,00\pm 2,41$), nas últimas 4 semanas [$6,81\pm 1,89$] e mais forte nas últimas semanas ($8,00\pm 1,79$) (Apêndice D).

Tabela 2 – PDQ-PT: Resultados da Intensidade média de dor dos grupos NOC, Mista e NEP (n=102)

	NOC (N=56)	Mista (N=25)	NEP (N=21)
Dor Agora neste momento	3,11±2,58	4,24±2,11	5,00±2,41
Média da intensidade da dor das ultimas 4 semanas	4,27±2,15	5,96±1,77	6,81±1,89
Dor mais forte das últimas semanas	5,27±2,21	7,12± 1,83	8,00±1,79

Os resultados obtidos através do teste de *Kruskal-Wallis* mostram diferenças estatisticamente significativas na intensidade da dor no momento entre os diferentes grupos [($H(2)= 8,144$, $p=0,002$)], na média da intensidade da dor das ultimas 4 semanas [($H(2)= 12,867$, $p=0,002$)], e na intensidade da dor mais forte das últimas semanas [($H(2)= 11,395$, $p=0,003$)].

Nas tabelas 3, 4 e 5 são apresentadas as frequências absolutas das respostas obtidas em cada nos diferentes itens do PDQ-PT (Apêndice D).





Tabela 3 – PDQ-PT: Respostas obtidas nos diferentes descritores da dor neuropática nos grupos NOC, Mista e NEP (n=102). Frequências absolutas.

Descritores da Dor Neuropática	Pontuação																	
	Nenhuma			Insignificante			Ligeira			Moderada			Forte			Muito Forte		
	NOC	Mista	NEP	NOC	Mista	NEP	NOC	Mista	NEP	NOC	Mista	NEP	NOC	Mista	NEP	NOC	Mista	NEP
Q1. Sofre de sensação de queimadura ou ardor (p. ex., como se tocasse em urtigas) nas zonas indicadas?	41	5	5	8	7	2	4	5	1	1	5	6	2	2	5	0	1	2
Q2. Sente uma sensação de picada ou formigueiro na zona da dor (como formigas a caminhar ou uma vibração eléctrica)?	33	1	0	10	2	1	10	8	2	2	9	9	1	3	6	0	2	3
Q3. Um toque superficial (com roupa, cobertor) nesta zona provoca dor?	48	12	3	3	10	6	4	2	2	1	1	9	0	0	1	0	0	0
Q4. Tem crises repentinas de dor na zona afectada, como choques eléctricos?	23	2	0	11	4	1	8	5	1	9	9	9	3	5	5	2	0	5
Q5. O frio ou o calor (como a água do banho) provoca-lhe dor ocasional nesta zona?	39	11	2	9	9	5	6	4	5	1	0	6	1	1	2	0	0	1
Q6. Sofre de sensação de dormência nas zonas que indicou?	34	4	1	8	3	0	12	8	0	2	8	10	0	1	8	0	1	2
Q7..Uma leve pressão nessa zona, por ex., com um dedo, desperta dor?	19	0	0	16	4	0	14	5	0	6	10	9	1	6	8	0	0	4

Os resultados obtidos através do teste de *Kruskal-Wallis* (Apêndice E) mostram diferenças estatisticamente significativas em todos os itens relativos aos descritores da dor neuropática ($p \leq 0,05$), bem como na pontuação total da PDQ-PT [$H(2) = 82,134$, $p = 0,0005$].

Relativamente aos descritores da Dor Neuropática, denota-se que para o primeiro item a maior parte do grupo NOC classificou “Nenhuma”, já o grupo MISTO encontra-se mais evidente em “Insignificante”, enquanto grupo NEP pontuou entre “Moderada” e “Forte”. No segundo item, o grupo NOC pontuou mais “Nenhuma”, o grupo MISTO “Ligeira” e “Moderada”, ao passo que o grupo NEP classificou “Moderada” e “Forte”. No terceiro item, maioria do grupo NOC respondeu “Nenhuma”, grupo MISTO “Nenhuma” e “Insignificante”, tendo o grupo NEP pontuado mais “Moderada”. No quarto item, as respostas do grupo NOC centram-se mais na resposta “Nenhuma e insignificante”, o grupo MISTO “Moderada” e “Forte” e o grupo NEP “Moderada”, “Forte” e “Muito Forte”. Para o quinto item, as respostas do grupo NOC centram-se mais em “Nenhuma”, e as respostas do grupo e o grupo MISTO “Insignificante”, NEP encontram-se mais em “Ligeira” e “Moderada”. No sexto item, o grupo NOP pontuou mais “Nenhuma” ao passo que o grupo MISTO respondeu “Ligeira” e Moderada” e NEP classificou “Moderada” e “Forte”. Por fim, no último item o grupo NOC tem as respostas divididas entre “Nenhuma”, “Insignificante” e “Ligeira”, já o grupo MISTO tende a classificar em “Moderada” e o grupo NEP pontua mais “Moderada”, “Forte” e “Muito Forte”. Ao avaliar globalmente os 7 itens, vê-se que a distribuição das respostas do grupo NOC centra-se mais em “Nenhuma”, o grupo MISTO refere as respostas variam entre “Insignificante, Ligeiro e Moderado”, já no grupo NEP verificou-se uma pontuação mais elevada em “Moderada, Forte e Muito Forte”.

Tabela 4 – PDQ-PT: Resultados da evolução de dor dos grupos NOC, Mista e NEP (n=102). Frequências absolutas.

Evolução da Dor		NOC (N=56)	Mista (N=25)	NEP (N=21)
	Dor constante com ligeiras variações	16	12	6
	Dor constante com crises de dor	20	9	1
	Crises de dor sem dor nos intervalos	16	2	6
	Crises frequentes de dor com dor nos intervalos	4	2	8

Frequências absolutas

Nas questões relativas à evolução do padrão da dor, denota-se que as características “Dor constantes com ligeiras variações” é mais evidente no grupo MISTO, tendo em conta o número de participantes para cada grupo. Relativamente ao segundo gráfico “Dor constante com crises de dor” é mais presente no grupo NOC. E o grupo NEP é mais pontuado no último gráfico

“Crises de dor com dor nos intervalos”. De uma forma mais global, o grupo NOC e MISTO encontram-se mais distribuídos nos 2 primeiros gráficos, enquanto que o grupo NEP encontra-se mais concentrado nos dois últimos gráficos.

Tabela 5 – PDQ-PT: Resultados da presença de dor irradiada dos grupos NOC, Mista e NEP (n=102). Frequências absolutas.

Dor Irradiada			
	NOC (N=56)	Mista (N=25)	NEP (N=21)
A sua dor espalha-se a outras regiões do corpo?			
	Sim	20	20
	Não	36	5

Frequências absolutas

Por fim e na questão da “dor se espalhar a outras regiões do corpo” os resultados demonstram uma tendência que para o grupo NOC a maioria não apresenta dor irradiada. Sendo que o grupo para o NEP, quase que a totalidade dos participantes reportaram dor irradiada, o mesmo se verifica para o grupo da dor MISTA.

3.3. Avaliação das Propriedades Psicométricas

O valor de *KMO* obtido ($KMO= 0,830$) e o valor do teste de esfericidade (*Teste de Bartlett* com $p=0.00$), permitiram aferir a qualidade das correlações (diz-nos que as variáveis são correlacionáveis) e indicam que a análise de componentes principais pode ser realizada (ver Apêndice F – Tabela 5).

Os resultados relativos à solução inicial da PDQ-PT (para explicar as correlações entre os 7 itens de *Likert* do questionário), onde são indicados os “valores próprios” para cada fator e a percentagem de variância explicada são apresentados no Apêndice F (Tabela 6). A AFPC indica uma solução fatorial inicial de apenas um fator comum (descritores da dor neuropática), com um *eigenvalue* de 3,45 que explica 49,3% da variância total no conjunto dos 7 itens analisados.

O critério do *Scree Plot* (ver gráfico 1 no Apêndice F) suporta igualmente a existência de 1 fator comum, uma vez que a curva de inflexão (ou cotovelo) ocorre entre o 1º e o 2º fator. Por último e considerando também o critério de que os itens devem ter peso fatorial igual ou superior a 0,5 (i.e., *factor loadings* $\geq 0,50$), o peso fatorial obtido para os diferentes itens (Tabela 6) apoia a decisão de reter apenas um fator comum. A Tabela 6, apresenta o peso fatorial de cada item

relativamente ao fator identificado. Segundo a tabela, verifica-se que os 7 itens do questionário apresentam um peso fatorial superior a 0,5.

Tabela 6 – Peso fatorial dos itens

	Componente
Q1- sensação de queimadura ou ardor	0,595
Q2- sensação de picada ou formigueiro;	0,794
Q3- toque superficial provoca dor;	0,691
Q4- crises repentinas de dor na zona afectada;	0,622
Q5- frio ou o calor provoca dor ocasional;	0,590
Q6- sensação de dormência;	0,798
Q7- leve pressão desperta dor;.	0,785

Todos os itens apresentam uma correlação positiva e significativa moderada a forte (mínimo de 0, 579 e máximo 0,774) com a pontuação total dos itens de *Likert*.

Uma vez identificada a estrutura fatorial do PDQ-PT prosseguiu-se com a avaliação a consistência interna, considerando a pontuação total obtida através dos 9 itens do PDQ-PT e a pontuação obtida nos 7 itens correspondentes ao fator comum identificado- descritores da dor neuropática.

3.4. Fiabilidade

3.4.1. Consistência Interna

O coeficiente de α de *Cronbach* e a análise dos itens foram calculados a partir dos dados obtidos na PDQ-PT na avaliação inicial (T0) (n=102 utentes com DLC). O valor de α de *Cronbach* obtido para os 9 itens do PDQ-PT foi de 0,811 (Tabela 7), sendo um valor considerado elevado e revela uma excelente consistência interna do questionário (Mokkink et al., 2010). Se considerarmos apenas os 7 itens com escala de *Likert*, o valor de α de *Cronbach* sobe para 0,835

Tabela 7 – Resultados da Consistência Interna (α de Cronbach) da PDQ-PT

Descrição	Alfa de Cronbach
PDQ-PT (9 itens)	0,811
PDQ-PT (7 itens com escala de <i>Likert</i>)- descritores da dor neuropática)	0,835

As Tabelas 8 e 9 apresentam os valores de correlação inter-item e correlação item-total,

respetivamente, considerando os 7 itens da escala de *Likert* da PDQ-PT (descritores da dor neuropática). Os valores de correlação item- item (Tabela 8) são todos positivos, compreendidos entre 0,164 e 0,615, sendo predominantes os valores entre 0,3 e 0,4, que expressam uma correlação entre itens moderada.

Tabela 8 - Matriz de correlação Inter-Item

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
Q1	1,000	0,435	0,454	0,164	0,225	0,352	0,361
Q2	0,435	1,000	0,393	0,468	0,259	0,614	0,615
Q3	0,454	0,393	1,000	0,263	0,461	0,480	0,372
Q4	0,164	0,468	0,263	1,000	0,317	0,402	0,468
Q5	0,225	0,259	0,461	0,317	1,000	0,385	0,363
Q6	0,352	0,614	0,480	0,402	0,385	1,000	0,574
Q7	0,361	0,615	0,372	0,468	0,363	0,574	1,000
Dor Irradiada	1,000	0,435	0,454	0,164	0,225	0,352	0,361

(Q1- sensação de queimadura ou ardor; Q2- sensação de picada ou formigueliro; Q3- toque superficial provoca dor; Q4- crises repentinas de dor na zona afectada; Q5- frio ou o calor provoca dor ocasional; Q6- sensação de dormência; Q7- leve pressão desperta dor).

As correlações item-total corrigidas (Tabela 9) têm valores intermédios e relativamente homogêneos, que variam entre 0,449 e 0,685. Esses valores revelam que as correlações entre cada item e a pontuação total do questionário são moderadamente fortes e indicam que os itens contribuem de forma relativamente igual para avaliar o mecanismo de dor subjacente.

Tabela 9 - Correlação Item-Total da PDQ-PT – 8 itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1-sensação de queimadura ou ardor	9,14	37,783	0,449*	0,297	0,818
Q2-sensação de picada ou formigueliro	8,61	33,607	0,685**	0,539	0,775
Q3- toque superficial provoca dor	9,65	39,755	0,564	0,398	0,801
Q4- crises repentinas de dor na zona afectada	8,27	36,558	0,486	0,303	0,813
Q5- frio ou o calor provoca dor ocasional;	9,42	40,147	0,451	0,289	0,815
Q6- sensação de dormência;	8,76	34,182	0,676	0,498	0,777
Q7- leve pressão desperta dor	8,26	34,751	0,672	0,486	0,779

* Valor inferior; ** Valor superior

Verifica-se ainda, pela Tabela 9, que a eliminação de qualquer questão não altera significativamente o coeficiente de α de *Cronbach*, ou seja, não há nenhum item cuja exclusão aumente substancialmente a consistência interna da escala. Estes resultados, suportam com os resultados da AFE, na medida que revelam argumentos para não excluir nenhuma questão da escala, neste fator.

3.4.2. Fiabilidade Teste-Reteste

Para o estudo da fiabilidade teste-reteste da PDQ-PT foram considerados inicialmente 99 participantes (3 indivíduos que participaram em T0 não completaram a segunda avaliação-T1; 1 abandonou o tratamento, 2 por incompatibilidade de horário), que completaram o segundo momento de avaliação 24/48h depois.

Destes 99 participantes, 63 (61,7%) reportaram que a sua condição de DLC se mantinha estável (GBRS em T1= “-1”, “0”, ou “1”). A tabela 10 resume a estatística descritiva das pontuações totais da PDQ-PT obtidas em T0 e T1 para esses mesmos participantes.

Tabela 10 - Resultados da Estatística Descritiva da PDQ-PT em T0 e T1

	PDQ-PT (T0)	PDQ-PT (T1)	Fator 1 (T0)	Fator 1 (T1)
N	63	63	63	63
Média (DP)	11,7 (\pm 7,84)	10,98 (\pm 7,66)	11,6 (\pm 7,86)	10,98 (\pm 7,83)
Mediana	12	11	12	11
Moda	15	14	7	13
Mín – Máx	0 – 31	0 – 29	0 - 30	0 - 30

Os resultados obtidos nas duas medições de T0 e T1, revelam pontuações totais médias da PDQ-PT muito próximos. Os resultados obtidos através do CCI estão descritos na tabela 11. Segundo o critério da COSMIM (Terwee et al. 2007; Mokkink et al., 2010), o valor de CCI de 0,97 (IC 95%: 0,95 -0,98, $p < 0.001$) é considerado adequado.

Tabela 11 – Resultados do Coeficiente de Correlação Intraclasse

Medições individuais	CCI	Intervalo de confiança 95%	
		Limite inferior	Limite superior
PDQ-PT (9 itens)	0,967	0,940	0,981
PDQ-PT (7 itens- descritores da dor neuropática)	0,967	0,945	0,980

3.5. Validade de Constructo

3.5.1. Validade de Constructo Convergente

No estudo da validade convergente, foram incluídos todos os participantes da amostra (N = 102), uma vez que esta foi testada a partir dos dados recolhidos no primeiro momento de avaliação (T0).

Para determinar a abordagem estatística a utilizar para testar a validade de constructo procedeu-se inicialmente ao estudo da normalidade das variáveis (no momento de avaliação pré-intervenção) utilizando-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (tabela 12). Através da sua análise, verificou-se que as variáveis PDQ-PT, QBPDQ-PT, DN4-PT e END, têm um nível de significância inferior a $p < 0,05$, indicando assim que a sua distribuição não é normal. A não normalidade na distribuição da maioria das variáveis em estudo inviabiliza a utilização de uma abordagem paramétrica. Assim, e com o objetivo de se verificar a intensidade da relação entre as variáveis, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Para verificar a capacidade do PDQ-PT e dos pontos de corte propostos, discriminar entre grupos, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney U*.

Tabela 12 – Resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* relativos à normalidade das variáveis PDQ-PT, QBPDQ-PT, DN4-PT e END no momento de avaliação inicial (T0).

Variáveis	Estatística de teste	Valor p
PDQ-PT	0,79	0,116
QBPDQ-PT	0,123	0,001
DN4-PT	0,151	0,000
END	0,093	0,03

Teste das hipóteses relativas à validade de constructo convergente

A **hipótese 1** estabelecia a existência de uma associação positiva e significativa, forte (0.70-0.90) entre a média da pontuação total da PDQ-PT e a média da pontuação total da DN4-PT. Os resultados do teste de correlação de *Spearman* (Tabela 13) corroboram a hipótese, tendo-se observado uma associação positiva forte (0,739) e estatisticamente significativa ($p < 0.01$).

Tabela 13 – Resultados do coeficiente de correlação de *Spearman*, relativo à associação da pontuação total da PDQ-PT e DN4-PT.

		DN4
PDQ-PT	Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i>	0,739**
	N	102

** Correlação significativa para o nível 0,01 (two tailed)

3.5.2. Validade de Constructo Divergente

Teste das hipóteses relativas à validade de constructo discriminativa

As hipóteses 2 e 3 estabelecia que para ser demonstrada a validade discriminativa do PDQ-PT, as pontuações obtidas na END e QBPDQ-PT diferiam estatisticamente entre utentes classificados como NOC e NEP. Esperava-se que os utentes classificados com dor NEP apresentassem maiores pontuações na END e na QBPDQ-PT quando comparados com os utentes classificados como tendo dor NOC no PDQ-PT. Os resultados do teste de *Mann-Whitney U* (Tabela 14) permitem determinar que existem diferenças significativas na incapacidade funcional e intensidade da dor, entre os grupos ($p=0,01$ e $p=0,005$).

Tabela 14 – Teste de *Mann-Whitney U* para comparação entre grupos NEP e NOC.

Variáveis	Grupo	n	Mediana	Mann-Whitney U	Z	Valor p
END	NOC	56	3	809,5	2,551	0,011
	NEP	21	5			
QBPDQ-PT	NOC	56	16,5	1,013,5	4,872	0,005
	NEP	21	43			

A pontuação dos utentes classificados como tendo “dor NEP” (Mediana= 5) na END é superior, e de forma estatisticamente significativa, há pontuação obtida pelos utentes classificados como tendo “dor NOC” (Mediana= 3), $U = 809$, $z = 2,551$, $p = 0,01$). Da mesma forma, a pontuação dos utentes classificados como tendo “dor NEP” (Mediana= 43) na QBPDQ-PT é superior, e de forma estatisticamente significativa, há pontuação obtida pelos utentes classificados como tendo “dor NOC” (Mediana= 16,5), $U = 1,103$, $z = 4,872$, $p = 0,005$ (Tabela 14).

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo contribuir para a validação do PDQ através do estudo da sua fiabilidade e validade para medir a presença da componente NOC/NEP e Mista, em utentes com DLC. Considerando o objetivo estabelecido para o estudo, os resultados suportam a confiabilidade e validade na versão portuguesa, e incentivam o uso deste novo instrumento quer na prática clínica quer na investigação científica em Portugal.

A amostra foi constituída por 102 participantes constituídos maioritariamente pelo género feminino (74,5%) e com idade média de 47,25 ($\pm 10,13$) anos. No que concerne à caracterização sócio-demográfica, estes dados estão de acordo com outro estudo realizado em Portugal com uma amostra de 1487 indivíduos com DLC ativa com idade média de 58,9 ($\pm 12,7$) anos, e mais elevada no sexo feminino (14,1%) (Gouveia, 2016).

Relativamente à caracterização clínica da amostra, a maioria dos participantes referiu sintomas com duração há mais de 24 meses (72,5%), reportou irradiação da dor para o membro inferior (57,8%) e não toma medicação para a DLC (69,6%). Existem outros estudos que obtiveram resultados semelhantes, referindo uma duração média de dor 7,7 ($\pm 8,8$) anos, 60,9% dos sujeitos reportaram irradiação para o membro inferior e 56% não toma medicação para a DLC (Gouveia, 2016; Verkek et al., 2015; Menezes Costa, 2009).

Na avaliação inicial do PDQ-PT em utentes com DLC verificou-se que apenas 20,6% dos participantes apresentavam um mecanismo de dor NEP. Na publicação original, os autores também relataram numa primeira pesquisa epidemiológica de população com DL (N=7772), que apenas 37% dos participantes com DL apresentavam um componente NEP (Freyhagen et al., 2006). No estudo de Beith et al. (2011), numa amostra de 343 participantes com DL, a percentagem de utentes identificados com componente NEP foi semelhante ao de estudo original 37,9%. Förster et al. (2013) reportaram que apenas 12,1% de 1083 pacientes com DL tinham componente NEP.

Ainda na avaliação inicial da PDQ-PT, no que concerne à presença de dor irradiada, cerca de 95% do grupo NEP responderam que tinham presença de dor irradiada para os membros inferiores. Em estudos anteriores com utentes com DLC e dor NEP, os autores encontraram dor irradiada para os membros inferiores em apenas 20% (Hiyama et al., 2015), e 27% (Beith et al., 2011) dos participantes. Por conseguinte, a percentagem de utentes classificados como tendo dor NEP neste estudo, que reportam dor irradiada é substancialmente superior aos valores reportados na literatura.

No presente estudo, avaliou-se a validade deste instrumento através da análise fatorial exploratória (AFE) com recurso ao método das componentes principais. Sendo que o valor de *KMO* (0,830) e o valor do teste de esfericidade ($p=0.00$), traduz-se numa excelente recomendação para realizar a análise fatorial. A AFE encontrou apenas uma solução fatorial de apenas um fator comum (descritores da dor neuropática) que explica 49,3% da variância explicada total num conjunto de 7 itens (*eigenvalue* de 3,45). O critério *Scree Plot* confirma igualmente a existência de 1 fator comum. Relativamente ao último critério da AFE, os resultados reportam que os 7 itens apresentam um peso fatorial superior 0,5. Porém, apesar de na versão original e espanhola (Freynhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011, respetivamente), na AFE de acordo com o critério de Kaiser (*eigenvalue* ≥ 1), terem encontrado dois fatores determinantes: 1ª componente principal (7 questões sobre a qualidade da dor) e a 2ª componente principal (padrão da dor). De facto, não existe informação disponível sobre a forma como a AFE foi realizada na versão original, bem como na versão espanhola. Ainda, na versão Japonesa, Matsubayashi Y et al. (2013) utilizaram apenas os 7 itens de *Likert*, e obtiveram 2 fatores determinantes que explicavam 62% da variância. No entanto, importa referir que os autores não informam quais são as questões que pertencem a cada um dos fatores. Contudo, a variância explicada pela única dimensão encontrada neste estudo é inferior a 50%, valor que, sendo uma limitação para a validade estrutural do instrumento, pode ter sido influenciado pelo limitado número de participantes classificados com dor NEP (apenas 21 participantes). Sendo este instrumento desenhado para identificar dor Neuropática, o baixo número de participantes com dor NEP condiciona a variância explicada do PDQ-PT.

Na consistência interna, os resultados obtidos neste estudo foram semelhantes aos reportados por outros autores (Freynhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011; Alkan et al., 2013; Rienstra et al., 2015; Capelleri et al., 2015; Sung et al., 2017). A PDQ-PT apresentaram uma consistência interna boa e elevada, com valores de coeficiente *alpha* (α) de *Cronbach* de entre 0,811 (PDQ-Total) e 0,835 (7 itens de *Likert*), sendo que os critérios da COSMIN para avaliação da qualidade psicométrica dos instrumentos, pontuam positivamente a qualidade da estimativa da Consistência Interna quando é realizada numa amostra de estudo adequada (≥ 100 participantes) por fator do instrumento e é encontrado um α de *Cronbach* entre 0.70 and 0.95 (Mokkink et al., 2010). Em estudos posteriores, Alkan et al. (2013), Matsubayashi Y et al. (2013), Rienstra et al. (2015), Capelleri et al. (2015) e Sung et al. (2017), verificaram valores de α de *Cronbach* ligeiramente mais baixos (0,81, 0,78, 0,80, 0,76 e 0,80, respetivamente), sendo que nestes estudos a PDQ foi aplicada em utentes com Dor Crónica de Origem Músculo-Esquelética.

Ainda na consistência interna deste estudo, os valores médios de correlação item-item em cada componente indicaram que os itens mediam o mesmo constructo, e nenhum item apresentou correlações tão elevadas que sugerissem redundância de itens. O mesmo se verificou nos valores médio da correlação item-total da PDQ, que indicam que os todos os itens contribuem para a identificação do mecanismo NEP.

Quanto aos valores de fiabilidade teste-reteste obtidos no presente estudo, CCI=0,97 (IC 95%: 0,95-0,98, $p < 0.001$) indicam um valor adequado e similar aos resultados reportados em estudos anteriores: CCI=0.93, Andrés et al., 2011; CCI=0.98, Alkan et al., 2013; CCI=0.94, Matsubayashi Y et al., 2013; e CCI=0.90, Rienstra et al., 2015. Segundo os critérios da COSMIN valores de CCI ≥ 0.70 indicam uma excelente fiabilidade Teste-Retest dos instrumentos (Mokkink et al., 2010). Adicionalmente, no presente estudo, o facto de se ter controlado a estabilidade da condição, incluído somente os participantes que se mantiveram estáveis na sua condição, (GBRS em T1= "-1", "0", ou "1"), acrescenta qualidade no procedimento de avaliação desta propriedade psicométrica e constitui um ponto forte deste estudo.

Na avaliação da validade de constructo convergente foi corroborada a hipótese estabelecida que antecipava uma associação positiva significativa e forte (0.70-0.90) entre pontuação média total da PDQ-PT e da DN4-PT. Sendo a DN4 um instrumento comumente utilizado para identificar dor neuropática, os resultados obtidos neste estudo ($r=0,739$, $p < 0.01$) indicam a existência de conteúdo substancial que é partilhado por ambas as escalas, ou seja, participantes que obtiveram resultados mais elevados na DN4-PT também apresentaram resultados mais elevados no PDQ-PT.

Também na avaliação da validade discriminativa, os resultados obtidos corroboraram as hipóteses estabelecidas. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na capacidade funcional e na intensidade da dor entre os grupos NOC e NEP identificados pela PDQ-PT ($p=0,005$ e $p=0.011$, respetivamente). Estes resultados vão de encontro aos reportados no estudo original e na versão espanhola do instrumento, que indicam que os utentes NEP são mais propensos a ter uma funcionalidade residual inferior em condições quotidianas e referem maior intensidade de dor (Freyenhagen et al., 2006; Andrés et al., 2011).

Considerando estes resultados no seu conjunto, a avaliação da validade de constructo do PDQ-PT é positiva uma vez que foram alcançados os requisitos mínimos para a sua atribuição: foram especificadas hipóteses antecipadamente e pelo menos 75% dos resultados estão em concordância com essas hipóteses, numa amostra de pelo menos 50 participantes (Terwee et al., 2007; Mokkink et al. 2010).

Sendo a validação de um instrumento um processo contínuo, nesta primeira análise do PDQ-PT, os resultados obtidos indicam que esta possui boas propriedades psicométricas, e semelhantes ao estudo de referência original, o que incentiva o seu uso em contexto clínico e de investigação. A versão portuguesa do PDQ-PT é confiável e válida na identificação de dor NEP e NOC.

Apesar dos bons resultados obtidos, este estudo apresenta limitações que devem ser tidas em conta na interpretação dos seus resultados. Numa primeira circunstância, e como foi já referido, o tamanho da amostra. Apesar do tamanho da amostra respeitar as indicações da literatura (pelo menos 10 participantes por item da escala para a realização da AFE, pelo menos 50 participantes para avaliação da fiabilidade teste-reteste e validade de constructo), a baixa percentagem de utentes NEP incluídos, pode ter condicionado os resultados da validade estrutural do instrumento. É possível que numa amostra com valores mais aproximados entre participantes NOC e NEP a variância explicada pelos itens da PDQ-PT aumente e se aproxime dos valores reportados noutros estudos publicados.

Em segundo lugar, o estudo foi realizado assumindo a tradução oficial do instrumento para português europeu realizado pela MAPI Institute. Contudo, o *cognitive debriefing* descrito nesse processo incluiu apenas 5 utentes com dor neuropática. Este aspeto condiciona a validade de conteúdo da versão portuguesa da PDQ-PT, e deve ser investigado no futuro.

Em terceiro lugar, a validade de critério não foi estudada. Neste estudo assumiram-se os pontos de corte estabelecidos na literatura para diferenciar os participantes NOC e NEP mas não foi avaliado se no contexto português esses pontos de corte se mantinham como os pontos de maior sensibilidade e especificidade na distinção destes utentes. Na versão original, a validade de critério foi determinada pelos índices de sensibilidade e especificidade, estimados a partir dos resultados no PDQ comparativamente ao julgamento clínico (neste estudo o diagnóstico médico realizado por peritos para avaliar o tipo de dor predominante foi considerado o “*gold standard*”) (Freynhagen et al., 2006).

Por último, e inerente aos estudos que utilizam instrumentos de autopreenchimento é possível que os resultados integrem algum viés de resposta, isto é, algumas respostas podem ter sido dadas tendo em conta a desejabilidade social ou o que se julga socialmente mais aceite, não espelhando a verdadeira perceção do individuo quanto ao seu estado clínico. Mesmo, tendo em conta a implementação de estratégias de minimização do viés, pedindo aos participantes do estudo para preencherem os questionários de forma autónoma e em local reservado sem interferência de terceiros, não é possível anular por completo essas possibilidades.

Nos resultados deste estudo eram esperadas existirem um número elevados de participantes com DLC com a componente NEP presente, visto que o efeito adicional da DLC sobre os nervos periféricos leva a mudanças consideráveis em todo o processo central da informação nociceptiva, bem como a mais comorbilidades, que afeta a qualidade de vida dos utentes. No entanto, e contrariamente ao esperado, cerca de metade dos participantes neste estudo (49,6%) reportam sinais e sintomas compatíveis com a dor NOC. Estes resultados parecem indicar que em muitos utentes com uma duração prolongada de dor (> 24 meses) ainda não existe grande envolvimento do SNC, isto é, poderá existir uma situação transitória nos participantes deste estudo, na medida em que existe já alterações neurofisiológicas regionais, mas ainda não gerais, (Arendt-Nielsen & Graven-Nielsen, 2011).

Existe evidências adicionais da literatura de que a intensidade da dor em curso, bem como a sua duração, pode determinar o grau de hiperalgesia generalizada e a área local onde o utente experimenta a dor (Arendt-Nielsen & Graven-Nielsen, 2011). Este aspeto tem relevância clínica na medida em que pode ilustrar o processo de transição para a cronicidade. O mecanismo NOP da DLC-NE pode ser caracterizado por uma dor localizada, mas a dor persistente pode resultar numa progressão para sintomas mais regionais ou mesmo generalizados. Desta forma, se existisse seguimento de cada um destes participantes NOC com DLC-NE, ao longo dos anos, e se o problema não for resolvido, pode ocorrer a probabilidade da dor na maioria dos participantes NOC começar a generalizar-se e os mesmos começarem a reportarem componente NEP, dado ao envolvimento do SNC (Arendt-Nielsen et al., 2011). Julgamos também que, a confirmar-se, é importante desenvolver intervenções capazes de prevenir o alastramento das alterações no sistema nervoso central e dessa forma minimizar ou impedir a instalação da dor neuropática.

Tendo em conta os resultados do estudo e a complexidade da DLC-NE, existe a necessidade crescente de considerar a subgrupos de utentes de acordo com o tipo de dor NOC, NEP ou MISTO. Só desta forma se torna possível uma abordagem mais orientada para o tratamento de utentes com DLC-NE, com potencial para uma maior eficácia do tratamento e eficiência dos serviços de fisioterapia.

5. CONCLUSÃO

Este estudo foi realizado com o objetivo de contribuir para a validação da versão portuguesa do PDQ através do estudo da sua fiabilidade e validade de constructo para avaliação da componente NOC/NEP e mista, em utentes com DLC. O PDQ-PT demonstrou boa validade e fiabilidade, recomendando-se o seu uso na medição e classificação do tipo de dor predominante (NOC/NEP e MISTA) em utentes com DLC, em contexto clínico e de investigação.

Neste estudo, a amostra foi constituída maioritariamente por participantes do género feminino (74,5%), sendo que 20,6% dos participantes apresentavam um mecanismo de dor NEP, onde 95% deste grupo reportavam tinham presença de dor irradiada. Para além disso, neste estudo foi possível encontrar associações forte e significativas entre as pontuações médias total do PDQ-PT e DN4-PT, revelando os participantes que obtiveram resultados mais elevados na DN4-PT também apresentaram resultados mais elevados no PDQ-PT. Também foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas na capacidade funcional e na intensidade da dor entre os grupos NOC e NEP identificados pelo PDQ-PT, mostrando que os participantes NEP são mais propensos a experienciar um nível de incapacidade funcional e de intensidade de dor mais elevados.

Assim, concluímos que o objetivo deste estudo foi atingindo, demonstrando que o PDQ é um questionário confiável e válida na classificação do tipo de dor predominante (NOC/NEP e MISTO) em utentes com DLC, em contexto clínico e de investigação. Contudo, a validação de um instrumento é um processo contínuo, e apesar de nesta primeira análise da PDQ-PT, os resultados obtidos indicarem que esta possui boas propriedades psicométricas, é necessário estudos adicionais. É fundamental avaliar a validade de conteúdo da versão portuguesa do PDQ, e aumentar a amostra deste estudo, de forma que existam valores mais próximos entre participantes NOC e NEP. Este aspeto poderá melhorar a validade estrutural e reforçar a validade discriminativa do instrumento e assim aproximar os resultados obtidos aos resultados publicados noutros estudos. Por fim, e tendo em conta a natureza do instrumento, é crucial avaliar a sua capacidade para classificar e diferenciar adequadamente os participantes NOC e NEP (validade de critério).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, P. (2007). Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Lisboa: 1a Edição.
- Airaksinen, O., et al. (2006). European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Chapter 4. *European Spine Journal*, 15 (2), S192–S300.
- Alkan, H. Ardic, F., Erdogan, C., Sahin, F., Sarsan, A. & Findikoglu G., (2013). Turkish Version of the painDETECT Questionnaire in the Assessment of Neuropathic Pain: A Validity and Reliability Study. *Pain Medicine*, 14: 1933–1943
- Andrés et al. (2011). Cultural Adaptation and Validation of the painDETECT Scale into Spanish. *Clinical Journal Pain* 00(00), 1-12.
- Arendt-Nielsen L., & Graven-Nielsen, T. (2011) Translational musculoskeletal pain research. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 25: 209–226.
- Arendt-Nielsen, L. Peñas, C.F., & Nielsen, T. (2011). Basic aspects of musculoskeletal pain: from acute to chronic pain *Journal of Manual and Manipulative Therapy* 19 (4): 186-192.
- Azevêdo et al., (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor* 4 (15), 1-57.
- Barbosa, M. Bennett, M., Verissimo, R., Carvalho, D. (2014). Cross-Cultural Psychometric Assessment of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) Pain Scale in the Portuguese Population. *Pain Practice*, 14 (7), 620–624.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25 (24), 3186–3191.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health*.
- Beith ID, Kemp A, Kenyon J, Prout M, Chestnut TJ (2011). Identifying neuropathic back and leg pain: a cross-sectional study. *Pain*; 152(7): 1511-6.
- Bekkering, G., et al. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. *Physiotherapy*, 89 (2), 82-96.
- Bennett MI, Smith BH, Torrance N., Potter, J. (2005). The S-LANSS Score for Identifying Pain of Predominantly Neuropathic Origin: Validation for Use in Clinical and Postal Research. *The Journal of Pain*, 6 (3), 149-158.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. (2005) Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114:29–36.
- Branco, P. (2008). Dor Neuropática. Diagnóstico e Tratamento. Pfizer Portugal: Float Healthcare, 1-33.

- Butler, D. (2000) The sensitive nervous system. Unley SA: Noigroup Publications, 46-71.
- Cappelleri, J.C., Koduru, V, Bienen E.J. & Sadosky A. (2015). A cross-sectional study examining the psychometric properties of the painDETECT measure in neuropathic pain. *Journal of Pain Research*, 8:159–167.
- Costa, L., Maher, C., McAuley, J. Hancock, M., Herbert, R., Refshauge, K., Henschke, N. (2009) Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ*. 6; 339:b3829 .
- Deyo, R.A., Dworkin, S.F., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein., D, Carragee, E. et al. (2012). Report of the NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain. *Spine Epidemiology*: 39 (14): 1128-1143.
- de Vet, H.C.W., Terwee, C.B., Mokkink, L.B. & Knol, D.L. (2011). *Measurement in Medicine: A Practical Guide*. Cambridge University Press, 978-0-521-11820-0:150-151.
- De Von, H. et al. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*. 39(2):155-64.
- Fersun KV, O’Sullivan PO, Skouen JS, Smith A, Kvale A. (2012) Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 1-13.
- Finch, E., Brooks, D., Stratford, P. W., & Mayo, N. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures – A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*. (2a ed.). Baltimore: MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Förster M, Mahn F, Gockel U, Brosz M, Freynhagen R, Tölle TR, et al. (2013) Axial low back pain: one painful area--many perceptions and mechanisms. *PLoS One*. 2013; 8(7): e68273.
- Freitas, P. & Cruz, E. (2017). *Avaliação da Relevância Clínica das Mudanças na Pontuação da Global Back Recovery Scale*. Dissertação de Mestrado – Relatório de Projeto: 1-80.
- Freynhagen, R. Baron, R. Gockel, U. Tölle, TR (2006). painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Current Medical Research and Opinion*. 22(10):1911-20.
- Frost, M., Reeve B., Liepa A., Stauffer J., Hays R. (2007). What Is Sufficient Evidence for the Reliability and Validity of Patient-Reported Outcome Measures? Patient-Reported Outcomes Consensus Meeting Group. *Value in Health*, 10, 2.
- Gifford L & Butler D (1997) The integration of pain sciences into clinical practice. *The Journal of Hand Therapy* 10: 86-95.
- Good, M., Stiller, C., Zauszniewski, J. A., Anderson, G. C., Stanton-Hicks, M., & Grass, J. A. (2001). Sensation and distress of pain scales: reliability, validity, and sensitivity. *J Nurs Meas*.(9), 219-238.
- Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusebio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhao, H., & Branco, J. C. (2015). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese

population: results from a national survey. *Rheumatology International*, 1–15. <http://doi.org/10.1007/s00296-015-3398-7>.

Hiyama A, Watanabe M, Katoh H, Sato M, Sakai D, Mochida J. (2015) Evaluation of quality of life and neuropathic pain in patients with low back pain using the Japanese Orthopedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire. *Eur Spine J*. 24(3): 503-12.

Hush, J.M., Kamper, S.J, Stanton, T.R., Ostelo, R. & refshage, K.M (2012). Standardized Measurement of Recovery From Nonspecific Back Pain, 93: 849-55

International Association for the study of Pain (IASP) (2010). Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain. 18 (79). Retirado a 26 de Abril de 2016 de, http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_18-7_final_1390260761555_9.pdf

Kamper, S. J., Ostelo, R. W. J. G., Knol, D. L., Maher, C. G., de Vet, H. C. W. et al., (2010). Global Perceived Effect scales provided reliable assessments of health transition in people with musculoskeletal disorders, but ratings are strongly influenced by current status. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 760–766.e1. <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.09.009>

Kent, P., & Keating, J. (2008) Can we predict poor recovery from recent-onset nonspecific low back pain? A systematic review. *Manual Therapy* 13(1):12-28

Krimer, M., van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2 (1), 77 -91.

Lauridsen, H., Hartvigsen, J., Manniche, C., Korsholm, L., & Grunnet-Nilsson, N. (2006) Responsiveness and minimal clinically important difference for pain and disability instruments in low back pain patients. *BMC Musculoskelet Disorders*, 25;7:82.

O'Sullivan P, Waller R, Wright A, Gardner J, Johnston R, Payne C, et al. (2014) Sensory characteristics of chronic non-specific low back pain: a subgroup investigation. *Man Ther*. 19(4): 311-8.

Macedo LG, Latimer J, Maher CG, Hodges PW, MacAuley N., et al., (2012) Effect of Motor Control Exercises Versus Graded Activity in Patients With Chronic Nonspecific Low back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*, 92(3):363-376

MAPI Institute. Linguistic Validation. Retirado, a 18 de Abril de 2016, de: <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>

Matsubayashi Y, Takeshita K, Sumitani M, Oshima Y, Tonosu J, Kato S, et al. (2015) Psychometric Validation of the Japanese Version of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *PLoS ONE* 10(11): 1-9.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, 5a Edição.

Merkskey H, Bogduk N. (1994) *Classification of Chronic Pain*. Seattle: International Association for the Study of Pain Press, p. 210.

Mokkink, L. et al. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. *BMC Medical Research Methodology*, 10-22.

- Monjardino, T., Lucas, R., Barros, H. (2011). Frequency of rheumatic diseases in Portugal: a systematic review. *Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia - Acta Reumatológica Portuguesa*, 36, 336-363.
- Monticone MMD, Ferrante S, Rocca B, Baiardi P, Farra FD, Foti C. Effect of a Long-lasting Multidisciplinary Program on Disability and Fear-Avoidance Behaviours in Patients with chronic low back pain: Results of a Randomized Controlled Trial. *The Clinical Journal of Pain* 2013; 00(00) 1-9.
- Nee & Butler (2006). Management of peripheral neuropathic pain: Integrating neurobiology, neurodynamics, and clinical evidence. *Physical Therapy in Sport*, 7, 36-49.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (6a Edição ed.). Lisboa.
- Portney, L., Watkins, M. (2009). *Foundations of Clinical Research. Applications to Practice*. 3a edição: 585-617.
- Rabiais, S., Nogueira, P., Falcão, J. (2003). A Dor na população Portuguesa. Alguns Aspectos Epidemiológicos. *Ecoss. Relatório de 2002 do Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*.
- Rienstra, W., Blikman, T., Mensink, F.B., van Raay J.J.A.M & Dijkstra B., Blustra SK, et al (2015). The modified painDetect Questionnaire for Patients with Hip or Knee Osteoarthritis: Translation into Dutch, Cross-Cultural Adaptation and Reliability Assessment. *PLoS ONE* 10(12): 1-12.
- Rodrigues, A., et al (2015) EpiReumaPt – the study of Rheumatic and Musculoskeletal diseases in Portugal: a detailed view of the methodology. *Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia - Acta Reumatológica Portuguesa* 40:110-124 retirado de: <http://www.reumacensus.org/index.php#>
- Santos JG, Brito JO, et al., (2010). Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. *J Pain*. May;11(5):484-90.
- Schmidt CO, Schweikert B, Wenig CM, Schmidt U, Gockel U, Freynhagen R, et al. (2009). Modelling the prevalence and cost of back pain with neuropathic components in the general population. *Eur J Pain*. 13(10): 1030-5
- Smeets, R., Wade, D. et al. (2006). The association of physical deconditioning and chronic low back pain: A hypothesis-oriented systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 28(11), 673 – 693.
- Stanton, T., Latimer, J., Maher, C., Hancock, M. (2010). How do we define the condition 'recurrent low back pain'? A systematic review. *European Spine Journal*, 19, 533–539.
- Sung, J.K., Choi, J-H., Jeong, J., Kim, W-J., Lee DJ., Lee, S.C. et al. (2017). Korean Version of the painDETECT Questionnaire: A Study for Cultural Adaptation and Validation. *Pain Practice*, 17, (4):494–504
- Timmerman, H., Wolf, A.P., Schryer, T., Outermans J., Evers A.W.M. et al. (2013). Cross-Cultural Adaptation to the Dutch Language of the PainDETECT-Questionnaire. *Pain Practice*, 13(3): 206–214.

- Treede, R.D., Jensen, T.S, Campbell J.N., Gruccu G., Dostrovsky, J.O et al. (2007). Neuropathic pain – Redefinition and a grading sytem for clinical and research purposes. *Neurology*, 70: 1630-1635.
- Treede R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M et al.. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 6 (156): 1003-1007.
- van Tulder, M., Koes, B., Bombardier, C. (2002). Low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16, 761-75.
- Verkerk, K., Luijsterburg, P., Ronchetti, I., Miedema¹, H., Goudzwaard, A., Wingerden, J. & Koes, B. (2011). Course and prognosis of recovery for chronic non-specific low back pain: design, therapy program and baseline data of a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2; 12:252.
- Von Korff, M., Barlow, W., Cherkin, D., Deyo, A. (1994). Effects of practice style in managing back pain. *Annals of Internal Medicine* 121(3), 187-95.
- Waddell, G. (1987). A New Clinical Model for the Treatment of Low-Back Pain. Volvo Award in Clinical Sciences. *Spine*,12(7), 632-44.
- Weiner, S., Nordin, M. (2010). Prevention and management of chronic back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24, 267–279.
- Woolf, CJ (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152, S2-15.
- Young, A., Wasiak, R., Phillips, L., Gross, D. (2011). Workers' perspectives on low back pain recurrence: "It comes and goes and comes and goes, but it's always there". *Pain*, 152, 204–211.

Apêndice A
Autorização da Comissão Especializada de Ética para a Investigação, CEEI-ESS



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº14/HC/2016

SOLICITAÇÃO

Apreciação ética do projeto do estudo: "Fiabilidade e Validade de Constructo da Escala Pain DETECT para medir a presença das componentes nociceptiva e neuropática em utentes com Dor lombar Crónica não específica", inserido nas atividades a desenvolver pela mestranda Andreia Santos, sob orientação do Prof Eduardo Cruz da ESS/IPS e que tem como objetivo, contribuir para a validação de uma escala de triagem para medir a presença das componentes nociceptiva e neuropática em utentes com Dor Lombar Crónica a aplicar em indivíduos com Dor Lombar Crónica que frequentem clínicas e centros de fisioterapia de diversos locais do País e que voluntariamente aceitem participar no estudo.

DOCUMENTAL

- 1.Requerimento do parecer
- 2.Dossier de submissão com Sinopse do Estudo; Consentimento Informado e instrumento de recolha de dados (Ficha de Risco)

ANÁLISE E PARECER

O pedido apresentado cumpre os requisitos éticos exigidos aos estudos de investigação pelo que colhe parecer favorável.

4 Janeiro de 2017

P¹a CEEI-ESS

Apêndice B
Manual de recrutamento para os participantes do estudo



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

**Fiabilidade e Validade de Constructo da Escala PainDETECT para medir a presença da
componente neuropática em utentes com Dor Crónica**

Andreia Santos, Fernando Pimentel-Santos, Eduardo B. Cruz

MANUAL RECRUTAMENTO

Seleção e Recrutamento dos Participantes com Dor Lombar Crónica - 3 Passos

1º Passo – Identificar potenciais participantes

Verificar o processo clínico dos utentes enviados para a Fisioterapia e sinalizar os potenciais participantes através do diagnóstico médico de Dor Lombar ou outras classificações alternativas, por exemplo, Dor Lombar, Tensão Lombar, Lombalgia, Lumbago ou Raquialgia Lombar (International Classification of Diseases, 2010).

2º Passo – Verificar critérios de inclusão/exclusão

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

Assim, apenas terá que verificar **se o potencial participante apresenta os seguintes critérios de inclusão:**

¹ Note-se que existe uma diferenciação importante entre dor de origem específica (ex. síndrome de compressão radicular) e dor de origem não específica. Em ambos os casos pode existir dor referida para o membro inferior mas na dor lombar de origem não específica não existe deficit neurológico (alterações nos reflexos, sensibilidade ou força) (Pinto et al., 2011a). É considerada a presença de sintomas de compressão radicular (origem específica) quando se verifica a presença de pelo menos dois testes neurológicos positivos: reflexos, dermatomas (sensibilidade) ou miotomas (força) (Pinto et al., 2011b).

Critério de Inclusão: coloque uma cruz no espaço apropriado para confirmar o critério

Critérios de Inclusão	Sim
Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores que dura há pelo menos 3 meses, sem causa específica ou presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses, ou presença de dor.	<input type="checkbox"/>
Tem idade compreendida entre 18 e 65 anos	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
Não realizou cirurgia lombar nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>
Não realizou Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com excepção da medicação para a dor ²	<input type="checkbox"/>
Não está grávida (Mulheres)	<input type="checkbox"/>

3º PASSO – Convidar o utente a participar no estudo

Concluído o processo de verificação dos critérios de inclusão e exclusão será necessário obter autorização por parte dos participantes que será feita mediante solicitação de assinatura do formulário de consentimento informado. Previamente à sua assinatura deve ser explicado a cada participante, **o objectivo do estudo, os riscos e potenciais vantagens, os procedimentos para garantir a confidencialidade e o anonimato, os procedimentos de recolha de dados,** tal como referido na declaração de consentimento informado na página seguinte.

CARTA EXPLICATIVA AOS UTENTES

O meu nome é Andreia Isabel Capucho dos Santos, sou Fisioterapeuta e estou a trabalhar num estudo que pretende contribuir para a validação da PAIN DETECT QUESTIONNAIRE (PDQ) através do estudo da sua fiabilidade e validade de constructo em utentes com Dor Lombar Crónica (DLC).

O PDQ é um questionário de autopreenchimento concebido para diferenciar a presença da componente Nociceptiva (NOC) /Neuropática(NEP) e Mista, em utentes com Dor Lombar Crónica (DLC). No futuro, e através da triagem destas componentes, julgamos ser possível desenvolver uma abordagem terapêutica mais específica e efetiva para o utente com DLC.

Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para responder a questionários de autopreenchimento em dois momentos: num 1º momento, coincidente com a avaliação inicial/ início da 1ª sessão de tratamento, estes utentes deverão preencher a PDQ (instrumento que pretendemos validar), o questionário de dor Neuropática de 4 questões (DN4), a escala Quebec Back Pain Disability (QBPDQ-PT) e a escala numérica de Dor (END).

Num 2º momento, realizado 24h/48h após a avaliação inicial/ 1ª sessão de tratamento, em que a PDQ será novamente aplicada, juntamente com o questionário Global Back Recovery Scale (GBRS).

O tempo necessário para o preenchimento dos questionários não deverá ultrapassar os 10 minutos em cada momento.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo em qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação. Se decidir não participar, tal não afectará o seu futuro tratamento, ou direitos de saúde e legais. A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários.

Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários para este estudo e o estudo não irá interferir no plano de intervenção. Também não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo beneficiará no futuro as pessoas com dor lombar crónica de origem não específica que frequentam os serviços de fisioterapia.

Não há identificação do seu nome em nenhum relatório. Toda a informação recolhida será codificada e tratada de forma anónima e confidencial, sendo conservado à responsabilidade da Fisioterapeuta Andreia Isabel Capucho dos Santos e do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Em todos os momentos de avaliação serão aplicados questionários de autopreenchimento que pretendem conhecer algumas das suas características pessoais, da sua dor lombar. O tempo necessário para participar neste estudo não deverá ultrapassar os 10 minutos.

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar uma das investigadores responsáveis por este estudo, a Fisioterapeuta **Andreia Santos** através do número **961590720** ou do email **santosciandreia@gmail.com**.

Certos que o seu contributo irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

Os meus melhores cumprimentos,

Fisioterapeuta responsável pelo estudo:

(Andreia Isabel Capucho dos Santos)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Reconheço que os procedimentos do estudo me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Estou consciente que irei participar em 2 momentos de recolha de dados, realizado presencialmente.

Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, nem tem qualquer interferência com o meu tratamento. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

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

O Participante _____, _____ de
_____ de 20____

Fisioterapeuta responsável pelo estudo:

(Andreia Isabel Capucho dos Santos)

Apêndice C
Caderno de Instrumentos



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

Fiabilidade e Validade de Constructo da Escala PainDETECT para medir a presença das componentes nociceptiva e neuropática em utentes com Dor lombar Crónica não específica

Andreia Santos; Fernando Pimentel dos Santos; Eduardo Cruz

CADERNO DE INSTRUMENTOS A PREENCHER PELO UTENTE

Código do Utente: _____

CARTA EXPLICATIVA AOS PARTICIPANTES

Fiabilidade e Validade de Constructo da Escala PainDETECT para medir a presença das componentes nociceptiva e neuropática em utentes com Dor Crónica não específica

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

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

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

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

Qual é a finalidade deste estudo?

A finalidade deste estudo é contribuir para a validação de uma escala de triagem para medir a presença das componentes nociceptiva e neuropática em utentes com dor Lombar crónica não específica.

Por que fui convidado(a)?

Foi convidada(o) para participar neste estudo por ter diagnóstico de dor lombar crónica (DLC). Nesta condição clínica podem estar presentes diferentes componentes de dor, isto é, dor Nociceptiva (NOC), Neuropática (NEP) e Mista, que podem contribuir para diferentes características de dor. A sua participação irá ajudar-nos na validação de um instrumento para medir a presença das componentes nociceptiva e neuropática em utentes com dor lombar crónica não específica.

Tenho mesmo que participar?

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

O que acontece, se aceitar participar?

Se decidir participar, numa primeira instância, tem de assinar o termo de consentimento informado.

O que terei que fazer?

Após a assinatura do consentimento informado ser-lhe-á pedido para responder a um conjunto de questionários de autopreenchimento: No início da 1ª sessão de fisioterapia, preencherá 4 questionários: 1) caracterização sócio-demográfica e clínica onde está incluído a escala Numérica da Dor (END); 2) Questionário de Dor Neuropática 4 questões (DN4-PT); 3) a versão portuguesa do Questionário PAIN DETECT (PDQ-PT); 4) O questionário de incapacidade de QUEBEC;. Num segundo momento que irá decorrer 24h/48h após a 1ª sessão irá preencher de novo a versão portuguesa do Questionário PAIN DETECT (PDQ-PT) e responder a uma questão sobre a evolução da sua dor lombar.

Estes questionários pretendem conhecer algumas das suas características sociodemográficas, e da sua condição de dor lombar e comportamento da sua dor ao longo das últimas semanas.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo irá ajudar-nos a validar para a população portuguesa com dor lombar crónica, um novo instrumento - PAIN DETECT QUESTIONNAIRE (PDQ). Com este instrumento será possível melhorar a avaliação da dor nestes utentes e desenvolver abordagens terapêuticas mais específica e efetivas. Desta forma a sua participação beneficiará no futuro pessoas com dor lombar crónica que frequentam os tratamentos de Fisioterapia.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

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

E se houver algum problema?

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

A minha participação neste estudo será confidencial?

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

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

Parte 2 | A forma como estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Se decidir não participar, ou se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito. Esta decisão não terá qualquer impacto não afetará o seu futuro tratamento, ou direitos de saúde e legais.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspecto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número: 961590720 ou através dos seguintes e-mails santosciandreia@gmail.com.

Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709395) ou através do e-mail (eduardo.cruz@ess.ips.pt).

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim, todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial. Os seus dados sócio-demográficos e as suas respostas aos instrumentos clínicos serão codificados e introduzidos por mim (Andreia Isabel Capucho dos Santos) numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro apenas acessível à investigadora e ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

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

Não há identificação do seu nome em nenhum relatório ou apresentação futura deste trabalho, nomeadamente no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro apenas acessível à investigadora e ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

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

Contactos

Investigadores:

Nome: Andreia Isabel Capucho dos Santos

Telefone: 961590720/ Telemóvel

E-mail: santosciandreia@gmail.com

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

Telefone: 265709391

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

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

Muito obrigada por ler este documento.

Nome

Consentimento Informado para Participantes

Fiabilidade e Validade de Constructo da Escala PainDETECT para medir a presença das componentes nociceptiva e neuropática em utentes com Dor Crónica não específica

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

Formulário de Consentimento Informado

Aceito participar neste estudo que tem por objectivo contribuir para a validade da PAIN DETECT Questionnaire (PDQ-PT), através do estudo da sua fiabilidade e validade de constructo. Os investigadores explicaram-me de forma satisfatória a finalidade do estudo e as suas possíveis implicações. Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos, li a ficha informativa e compreendi-a na totalidade.

Estou consciente que irei participar em 2 momentos de recolha de dados, realizados presencialmente. Compreendo igualmente que a minha participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, nem tem qualquer interferência com o meu tratamento. Compreendo que tenho o direito de colocar durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão. Estou igualmente consciente que as minhas respostas serão apresentadas no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, mas nunca de forma individual. Sei que uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos. Compreendo que toda a informação fornecida será mantida confidencial. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação.

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

Nome _____

Assinatura: _____

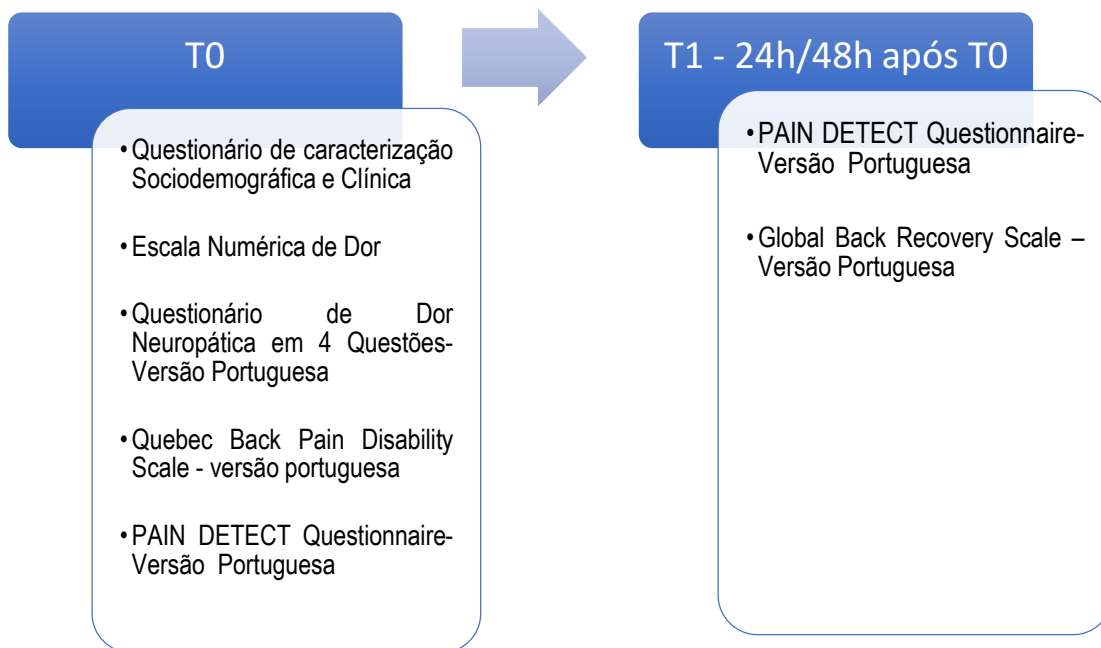
Data: _____

Assinatura do Investigador _____

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

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

- **Cumpriram todos os critérios de inclusão;**
- **Aceitaram participar no estudo e assinaram o formulário de consentimento.** A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 24h/48h após 1º momento, nos quais deve:
- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem do instrumento.**



CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: AVALIAÇÃO ___T0_ _____

Avaliação Inicial (T0)

**(Após verificação dos Critérios de Inclusão e assinatura de consentimento informado
Participantes em lista de espera ou na primeira semana de tratamento)**

Tempo de Preenchimento previsto apenas num momento: **10 minutos.**

Seguir a ordem indicada

1. Questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica (inclui escala numérica da dor);
2. Questionário de Dor Neuropática com 4 questões-Versão Portuguesa;
3. Quebec Back Pain Disability Scale - versão portuguesa;
4. Pain Detect Questionnaire – Versão Portuguesa



Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica – Dor Lombar Crónica

Nome da Instituição: _____

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

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

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

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

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

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

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

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

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

7. Qual é sua situação profissional?

A trabalhar Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Reformada (o) Doméstica (o)

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

Sim Ex-fumador Não

DADOS CLÍNICOS

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

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

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

12.1. Se sim, quantas vezes?

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

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

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

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

Sim Não

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

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

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

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

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

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

17. Nos últimos 7 dias....

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

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

Discordo plenamente Discordo Concordo Concordo plenamente

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

Concordo Discordo

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

Sem Dor

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

 Dor Máxima

21. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor NA ÚLTIMA SEMANA.

Sem Dor

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

 Dor Máxima

22. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade MÁXIMA da sua dor.

Sem Dor

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

 Dor Máxima

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE DOR NEUROPÁTICA – DN4

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1 – A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

	Sim	Não
1- Queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensação de frio doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Choques Eléctricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 2 – Na mesma região da dor, sente também um ou mais das seguintes sintomas?

	Sim	Não
4- Formigueiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Picadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Dormência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Comichão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAME DO DOENTE

Questão 3 – A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidência:

	Sim	Não
8- Hipoestesia ao tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Hipoestesia à picada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 4 – A dor está é provocada ou aumentada por:

	Sim	Não
10 – Fricção leve (“brushing”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adaptado de Azevedo et al., (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicentro de Validação de Instrumentos para Rastrear e Avaliação do Impacto da Dor. Versão Portuguesa do Neuropathic Pain Questionnaire (DN4) do French Neuropathic Pain Group. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto com a autorização do autor Didier Boubassira, PhD

Quebec Back Pain Disability Scale- Versão Portuguesa




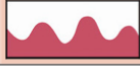


Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia-a-dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas atividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das atividades listadas abaixo, devido à sua dor de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

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

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

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

PAIN DETECT SCALE – PT

painDETECT®		QUESTIONÁRIO SOBRE DOR									
Data:	Paciente: Apelido:	Nome:									
Como avalia a sua dor agora , neste momento?											
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
ausente máxima											
Qual a intensidade da dor mais forte que sentiu nas últimas 4 semanas?											
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
ausente máxima											
Em média , qual a intensidade da dor que sentiu nas últimas 4 semanas?											
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
ausente máxima											
Assinale a imagem que melhor descreve a evolução da sua dor:											
	Dor constante com ligeiras variações	<input type="checkbox"/>									
	Dor constante com crises de dor	<input type="checkbox"/>									
	Crises de dor sem dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>									
	Crises frequentes de dor com dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>									
Por favor indique a principal zona de dor											
											
A sua dor espalha-se a outras regiões do corpo? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>											
Se sim, indique a direcção para onde a dor se espalha.											
Sofre de sensação de queimadura ou ardor (p. ex., como se tocasse em urtigas) nas zonas indicadas?											
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>						
Sente uma sensação de picada ou formigueiro na zona da dor (como formigas a caminhar ou uma vibração eléctrica)?											
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>						
Um toque superficial (com roupa, cobertor) nesta zona provoca dor?											
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>						
Tem crises repentinas de dor na zona afectada, como choques eléctricos?											
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>						
O frio ou o calor (como a água do banho) provoca-lhe dor ocasional nesta zona?											
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>						
Sofre de sensação de dormência nas zonas que indicou?											
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>						
Uma leve pressão nessa zona, por ex., com um dedo, desperta dor?											
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>						
(A preencher pelo médico)											
nenhuma		insignificante		ligeira		moderada		forte		muito forte	
<input type="checkbox"/>	x 0 = 0	<input type="checkbox"/>	x 1 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 2 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 4 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 5 = <input type="checkbox"/>
Pontuação total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> de 35 no máximo											

R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Tölle, CurrMed Res Opin Vol 22, 2006, 1911-1920 © 2005 Pfizer Pharma GmbH, Pfizerstr.1, 76139 Karlsruhe, Germany
 PD-Q - Portugal/Portuguese - Final version - 25 Jun 07 - Mapi Research Institute.
 f:\institutcultadapi\project4101\study4101\final_versions\pd-pqorq.doc-25/06/2007

Data: _____ Paciente: Apelido: _____ Nome: _____

Por favor introduza aqui a pontuação total obtida no questionário sobre dor:

Pontuação total

Por favor, adicione os valores seguintes de acordo com o padrão de evolução da dor assinalado e a irradiação da dor. Em seguida calcule a pontuação final:



Dor constante com ligeiras variações

0



Dor constante com crises de dor

-1

se assinalou esta opção ou



Crises de dor sem dor nos intervalos

+1

se assinalou esta opção ou



Crises frequentes de dor com dor nos intervalos

+1

se assinalou esta opção



Irradiação da dor?

+2

se respondeu que sim

Pontuação final

Resultado do despiste

da presença de uma componente de dor neuropática



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Improvável (< 15%) a presença de uma componente de dor neuropática

O resultado é ambíguo, contudo poderá estar presente uma componente de dor neuropática

Provável (> 90%) a presença de uma componente de dor neuropática

Esta ficha não substitui o diagnóstico médico.
Destina-se ao despiste da presença de uma componente de dor neuropática.



CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: AVALIAÇÃO ___T1___

Avaliação Seguinte

24h/48h

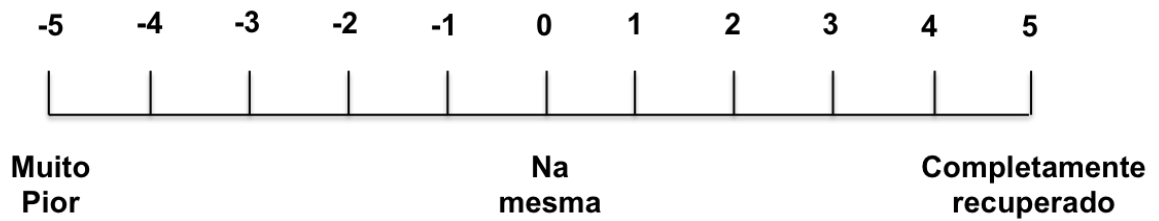
Tempo de Preenchimento máximo previsto: **5 minutos.**

Seguir a ordem indicada







1. Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa
2. Pain Detect Questionnaire – Versão Portuguesa

Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa

Comparativamente à **primeira avaliação** nesta instituição, como descreve a sua dor nas costas atualmente? (selecione UMA opção)



PAIN DETECT SCALE – PT

painDETECT®		QUESTIONÁRIO SOBRE DOR			
Data:	Paciente: Apelido:	Nome:			
Como avalia a sua dor agora , neste momento?					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
ausente máxima					
Qual a intensidade da dor mais forte que sentiu nas últimas 4 semanas?					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
ausente máxima					
Em média, qual a intensidade da dor que sentiu nas últimas 4 semanas?					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
ausente máxima					
Assinale a imagem que melhor descreve a evolução da sua dor:					
	Dor constante com ligeiras variações	<input type="checkbox"/>			
	Dor constante com crises de dor	<input type="checkbox"/>			
	Crises de dor sem dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>			
	Crises frequentes de dor com dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>			
Por favor indique a principal zona de dor					
					
A sua dor espalha-se a outras regiões do corpo? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>					
Se sim, indique a direcção para onde a dor se espalha.					
Sofre de sensação de queimadura ou ardor (p. ex., como se tocasse em urtigas) nas zonas indicadas?					
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>
Sente uma sensação de picada ou formigueiro na zona da dor (como formigas a caminhar ou uma vibração eléctrica)?					
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>
Um toque superficial (com roupa, cobertor) nesta zona provoca dor?					
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>
Tem crises repentinas de dor na zona afectada, como choques eléctricos?					
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>
O frio ou o calor (como a água do banho) provoca-lhe dor ocasional nesta zona?					
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>
Sofre de sensação de dormência nas zonas que indicou?					
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>
Uma leve pressão nessa zona, por ex., com um dedo, desperta dor?					
nenhuma <input type="checkbox"/>	insignificante <input type="checkbox"/>	ligeira <input type="checkbox"/>	moderada <input type="checkbox"/>	forte <input type="checkbox"/>	muito forte <input type="checkbox"/>
(A preencher pelo médico)					
nenhuma	insignificante	ligeira	moderada	forte	muito forte
<input type="checkbox"/> x 0 = 0	<input type="checkbox"/> x 1 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 2 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 3 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 4 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 5 = <input type="text"/>
Pontuação total <input type="text"/> de 35 no máximo					

R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Tölle, CurrMed ResOpin Vol 22, 2006, 1911-1920 © 2005 Pfizer Pharma GmbH, Pfizerstr.1, 76139 Karlsruhe, Germany
 PD-Q - Portugal/Portuguese - Final version - 25 Jun 07 - Mapi Research Institute.
 f:\institutcultadap\project\41011study41011final_versions\pd-qporq.doc-25/06/2007

Data: _____ Paciente: Apelido: _____ Nome: _____

Por favor introduza aqui a pontuação total obtida no questionário sobre dor:

Pontuação total

Por favor, adicione os valores seguintes de acordo com o padrão de evolução da dor assinalado e a irradiação da dor. Em seguida calcule a pontuação final:



Dor constante com ligeiras variações

0



Dor constante com crises de dor

-1

se assinalou esta opção ou



Crises de dor sem dor nos intervalos

+1

se assinalou esta opção ou



Crises frequentes de dor com dor nos intervalos

+1

se assinalou esta opção



Irradiação da dor?

+2

se respondeu que sim

Pontuação final

Resultado do despiste

da presença de uma componente de dor neuropática



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Improvável (< 15%) a presença de uma componente de dor neuropática

O resultado é ambíguo, contudo poderá estar presente uma componente de dor neuropática

Provável (> 90%) a presença de uma componente de dor neuropática

Esta ficha não substitui o diagnóstico médico.
Destina-se ao despiste da presença de uma componente de dor neuropática.



Apêndice D

Classificação do tipo de dor PDQ-PT

Tabela 1 – Resultados grau de dor dos participantes (n=102)

Descritores de dor Neuropática	Pontuação					
	0	1	2	3	4	5
Sofre de sensação de queimadura ou ardor (p. ex., como se tocasse em urtigas) nas zonas indicadas?	51	17	10	12	9	3
Sente uma sensação de picada ou formigueiro na zona da dor (como formigas a caminhar ou uma vibração eléctrica)?	34	13	20	20	10	5
Um toque superficial (com roupa, cobertor) nesta zona provoca dor?	63	19	8	11	1	0
Tem crises repentinas de dor na zona afectada, como choques eléctricos?	25	16	14	27	13	7
O frio ou o calor (como a água do banho) provoca-lhe dor ocasional nesta zona?	52	23	15	7	4	1
Sofre de sensação de dormência nas zonas que indicou?	39	11	20	20	9	3
Uma leve pressão nessa zona, por ex., com um dedo, desperta dor?	19	20	19	25	15	4

Tabela 2 – Resultados da evolução da Dor dos participantes (n=102)




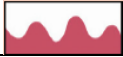
Evolução da Dor			
Assinale a imagem que melhor descreve a evolução da sua dor:			
	Dor constante com ligeiras variações	34	33,3%
	Dor constante com crises de dor	30	29,4%
	Crises de dor sem dor nos intervalos	24	23,6%
	Crises frequentes de dor com dor nos intervalos	14	13,7%

Tabela 3 – Resultados sobre a Presença de Dor Irradiada dos participantes (n=102)

Dor Irradiada			
A sua dor espalha-se a outras regiões do corpo?			
	Sim	60	58,8%
	Não	42	41,2%

Apêndice E
Estatística de Kruskal Wallis

Tabela 4 – Sumário do Teste de Hipóteses

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of QCSD&C_IDADE is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	399,000	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of QCSD&C_IMC is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	570,000	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of QCSD&C_INTMED_AGORA is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	17,000	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of QCSD&C_INTMED_ULTSEM is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	2,000	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of QCSD&C_INT_MAXD is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	3,000	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of PD_SEN_QUEI_ARD is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of PD_SEM_PIC_FORM is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
8	The distribution of PD_TOQ_SUP_DOR is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
9	The distribution of PD_CRIS_DOR_CHO_ELECT is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
10	The distribution of PD_FRIO_CAL_DOR_OCAS is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
11	The distribution of PD_SENS_DORM is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

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

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
12	The distribution of PD_LEV_PRESS_DOR is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
13	The distribution of PDS_PT_Total_T0 is the same across categories of Classificação Dor.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

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

Apêndice F
Estatística da Análise Fatorial Exploratória

Tabela 5 – KMO e Teste de Esfericidade

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,830
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	231,022
	df	21
	Sig.	,000

Tabela 6 – Total de Variância Explicada

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,452	49,309	49,309	3,452	49,309	49,309
2	,943	13,475	62,784			
3	,852	12,174	74,958			
4	,557	7,951	82,909			
5	,484	6,919	89,828			
6	,382	5,456	95,284			
7	,330	4,716	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Gráfico 1 – Scree Plot

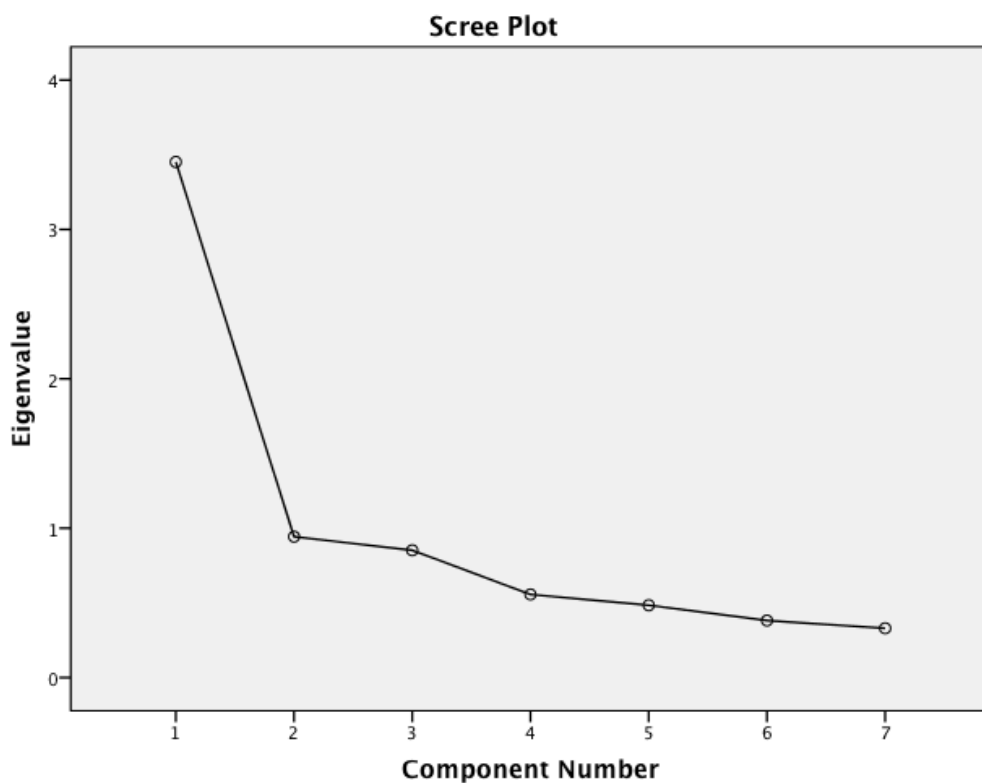


Tabela 7 – Análise Fatorial Exploratória: Peso Fatorial >0.5

Component Matrix^a	
	Component 1
PD_SEN_QUEI_ARD	,595
PD_SEM_PIC_FORM	,794
PD_TOQ_SUP_DOR	,691
PD_CRIS_DOR_CHO_ELECT	,622
PD_FRIO_CAL_DOR_OCAS	,590
PD_SENS_DORM	,798
PD_LEV_PRESS_DOR	,785

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.