

Catarina
Vieira



Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala
Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)

Catarina Gaspar
Vieira Adaptação Cultural e Contributo
para a Validação da Escala
Patterns of Activity Measure – Pain
(POAM-P)

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

IPS

Dezembro de 2012

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 Brazete Cruz e Co-orientação da Mestre Rita Fernandes.

[DECLARAÇÕES]

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.

O candidato,

Setúbal, de de

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

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho tornar-se-ia impossível sem o apoio, estímulo, contributo e colaboração de família, amigos, colegas e professores.

Agradeço, inevitavelmente, à minha mãe, pai e irmãos.

À minha mãe, pelos chás, cafés e torradas enquanto estava vidrada no computador.

Ao meu pai, por assegurar que tudo se mantenha para nosso bem-estar e qualidade de vida.

Ao meu irmão “grande”, o ás da informática, do inglês e da paciência, qualidades que estiveram presentes, em boa hora, na tua pessoa.

Ao meu irmão “pequenino”, que infinitas vezes perguntou “Oh mana, já fizeste a tese?”, e adormecia no sofá à minha espera, fazendo-me companhia.

Aos amigos e colegas, pelo apoio moral, colaboração e incentivo para a finalização do trabalho.

Aos participantes deste estudo, desde utentes, colegas de profissão, entidades responsáveis pelos serviços de fisioterapia e peritos de diferentes áreas, que tornaram possível a sua concretização.

A todo o corpo docente deste Mestrado pelos conhecimentos transmitidos.

Aos professores orientadores, reconhecidamente, pelos seus ensinamentos, paciência, disponibilidade, cooperação, capacidade de organização e orientação, nomeadamente, à distância, permitindo-me evitar deslocações que acabaram por ser desnecessárias.

Um grande Bem-haja!

RESUMO

ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA ESCALA *PATTERNS OF ACTIVITY MEASURE – PAIN* (POAM-P)

CATARINA VIEIRA, EDUARDO CRUZ & RITA FERNANDES

PALAVRAS-CHAVE: Dor Lombar Crónica, Padrões de Atividade, *Patterns of Activity Measure-Pain*, Cinesiofobia.

A dor lombar crónica (DLC) é uma das condições clínicas mais comuns e com elevados custos socioeconómicos no mundo ocidental. Estudos recentes indicam que os utentes com DLC apresentam diferentes padrões de atividade que influenciam os níveis de incapacidade funcional. Contudo, a evidência acerca destas associações é, ainda, limitada e inconclusiva. Em Portugal, não existe, do nosso conhecimento, nenhuma escala validada para a população portuguesa que meça estes padrões de atividade em utentes com DLC. **Objetivos:** Adaptar culturalmente a escala *Patterns of Activity Measure – Pain* (POAM-P) para a população portuguesa com dor lombar crónica inespecífica (DLCI) e contribuir para a sua validação. **Metodologia:** A versão original (inglesa) do POAM-P foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa (POAM-P-VP) através de uma equipa multidisciplinar que incluiu tradutores, retrotradutores (cegos e independentes), peritos de diferentes áreas e utentes com DLCI, de acordo com as recomendações de linhas orientadoras atuais para este processo. A análise factorial e das propriedades psicométricas da POAM-P-VP contou com uma amostra de 132 utentes. A consistência interna foi analisada através do coeficiente *alpha* de Cronbach (α) e para a análise da fiabilidade teste-reteste recorreu-se ao coeficiente de correlação intraclasse (ICC:2,1). A análise da validade de construto convergente e discriminativa das componentes da POAM-P-VP foi conseguida através da aplicação da versão portuguesa da escala *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK-13-VP), e recorrendo ao cálculo do coeficiente de *Spearman*. Todos os cálculos estatísticos foram realizados no *software IBM SPSS Statistics* (versão 20). **Resultados:** A análise factorial permitiu identificar três componentes da POAM-P-VP (evitamento, persistência excessiva e persistência consistente com a dor), sendo estruturalmente diferentes das subescalas do POAM-P original. Estas componentes apresentaram uma consistência interna boa a elevada. As componentes 1 e 2 apresentaram uma fiabilidade teste-reteste moderada a excelente, e a componente 3 uma fiabilidade teste-reteste pobre, limitando o seu poder de uso na prática clínica e em investigação. Relativamente à validade de construto, nenhuma das hipóteses estabelecidas no estudo *a priori* foram verificadas, não podendo aferir acerca da relação dos padrões de atividade com a cinesiofobia, medida pelo TSK-13-VP. Porém, a componente de evitamento da POAM-P-VP parece medir conteúdos partilhados com a TSK-13-VP ($r_s = 0.15$, $p < 0.048$). **Conclusão:** A adaptação e contributo para a validação da versão portuguesa da escala POAM-P constituiu um ponto de partida para a existência de um instrumento de medição de padrões de atividade de utentes portugueses com DLC, requerendo mais estudos para a sua validação. Apesar de algumas limitações, considera-se que este estudo é de grande importância para os fisioterapeutas e investigadores que buscam um maior conhecimento e efetividade das abordagens de intervenção em utentes com dor lombar crónica.

ABSTRACT

CULTURAL ADAPTATION OF *PATTERNS OF ACTIVITY MEASURE – PAIN* (POAM-P) SCALE AND CONTRIBUTION TO ITS VALIDATION

CATARINA VIEIRA, EDUARDO CRUZ & RITA FERNANDES

KEY-WORDS: Chronic Low Back Pain, Patterns of Activity, Patterns of Activity Measure –Pain, Kinesiophobia.

Chronic low back pain (CLBP) is one of the most common clinical conditions as well as one with high economical costs within western countries. Recent studies have shown that patients with LBP present different patterns of activity which influence their levels of functional capacity. However, evidence on these associations is still limited and inconclusive. To our knowledge, there is in Portugal no valid scale for measuring these patterns of activity in CLBP patients. **Purpose:** Culturally adapt the *Patterns of Activity Measure – Pain* (POAM-P) scale to the Portuguese population with non-specific chronic low back pain (NSLBP) and contribute to its validation. **Method:** The original English version of POAM-P was blindly and independently translated, back translated and adapted to the Portuguese language (POAM-P-VP) by a multidisciplinary team of translators, experts from different fields, and patients with NSLBP, according to established guidelines for this process. Factorial and psychometric properties' analysis of POAM-P-VP comprised a sample of 132 patients. The internal consistency was analyzed based on *Cronbach's alpha-coefficient* (α) and for test-retest reliability analysis the *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) was used. The *analysis of convergent and discriminant construct validity* of POAM-P-VP components was achieved through the use of the Portuguese version of the *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK-13-VP), using the *Spearman* coefficient calculation. All statistical calculations were performed using *IBM SPSS Statistics software* (v.20). **Results:** The factor analysis allowed for the identification of three components of POAM-P-VP (avoidance, excessive persistence and pain-contingent persistence), structurally different from the original POAM-P subscales. These components demonstrated a good to high level of internal consistency. Components 1 and 2 demonstrated moderate to excellent test-retest reliability, whereas component 3 presented low test-retest reliability thus limiting its clinical and investigative use. With regard to construct validity, none of the previously established hypothesis was verified, therefore not making it possible to assess the relation between activity patterns and kinesiophobia, measured by TSK-13-VP. However, the avoidance component of POAM-P-VP seems to share measurable contents with TSK-13-VP ($r_s = 0.15$, $p < 0.048$). **Conclusion:** The adaptation and contribution to the validation of the Portuguese version of POAM-P scale, sets a starting point to the existence of a useful instrument for measuring activity patterns in Portuguese CLBP patients, requiring further studies towards its validation. Despite some limitations, this study is considered of high importance to physiotherapists as well as investigators in search of deeper knowledge and effective practical approaches on chronic low back pain patients.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. DOR LOMBAR CRÓNICA: DEFINIÇÃO	5
3. DOR LOMBAR CRÓNICA: EPIDEMIOLOGIA	7
4. MODELOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS DE DOR	12
4.1. Modelo de Medo-Evitamento	12
4.2. Modelo da Síndrome do Desuso	21
4.3. Modelo de Evitamento-Endurance	25
5. INSTRUMENTAÇÃO	31
5.1. Escala <i>Patterns of Activity Measure – Pain</i> (POAM-P)	31
5.2. Avaliação das Propriedades Psicométricas	33
5.2.1. Fiabilidade	34
5.2.1.1. Consistência Interna	34
5.2.1.2. Fiabilidade teste-reteste	36
6. METODOLOGIA	48
6.1. Identificação dos objetivos do estudo	48
6.2. Estudo 1 – Adaptação Cultural da POAM-P	50
6.2.1. Tipo de estudo	50
6.2.1.1. Tradução para a língua portuguesa	50
6.2.1.2. Versão de consenso/síntese	50
6.2.1.3. Retroversão	51
6.2.1.4. Validação por Comité de Peritos	51
6.2.1.5. Estudo Piloto do instrumento	52
6.2.1.6. Auditoria Final	54
6.3. Estudo 2 - Avaliação das propriedades psicométricas – Consistência Interna, Fiabilidade Teste-reteste e Validade de Construto	55
6.3.1. Tipo de estudo	57
6.3.2. Amostra	58
6.3.3. Aspetos éticos	59
6.3.4. Instrumentos de Medida	60

6.3.4.1. Questionário de Características Sócio-Demográficas e Clínicas – Dor Lombar Crónica	60
6.3.4.2. Tampa Scale of Kinesiophobia – 13 – Versão Portuguesa	60
6.3.5. Procedimentos de Recolha de Dados	62
6.3.6. Análise dos Dados	63
6.3.7. Caracterização da Amostra	63
6.3.8. Avaliação da Estrutura Factorial	64
6.3.9. Avaliação da Consistência Interna	65
6.3.10. Avaliação da Fiabilidade Teste-reteste	65
6.3.11. Avaliação da Validade de Construto	66
7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	67
7.1. Estudo 1 – Adaptação Cultural da POAM-P	67
7.1.1. Processo de Tradução	67
7.1.2. Processo de Retroversão	68
7.1.3. Validação pelo Comité de Peritos	68
7.1.4. Estudo Piloto	71
7.1.5. <i>Cognitive Debriefing</i>	77
7.1.6. Revisão por Peritos	78
7.1.7. Auditoria	80
7.2. Estudo 2 - Avaliação das propriedades psicométricas – Consistência Interna, Fiabilidade Teste-reteste e Validade de Construto	81
7.2.1. Caracterização sócio-demográfica dos utentes participantes no estudo	81
7.2.2. Caracterização clínica dos utentes participantes no estudo	84
7.2.3. Análise Factorial Exploratória da POAM-P – Versão Portuguesa	86
7.2.3.1. Modelo de 3 Fatores	89
7.2.4. Fiabilidade da POAM-P- Versão Portuguesa	96
7.2.4.1. Consistência Interna	96
7.2.4.2. Estabilidade Temporal	99
7.2.5. Validade de Construto	100
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
9. CONCLUSÃO	108
10. BIBLIOGRAFIA	115

INDICE DE FIGURAS E TABELAS	126
ANEXOS	128
Anexo I - Escala e subescalas originais do <i>Patterns of Activity Measure-Pain</i> (POAM-P)	128
Anexo II - Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica – Dor crónica lombar	131
Anexo III - Tampa Scale of Kinesiophobia - versão portuguesa (TSK-13-VP)	133
APÊNDICES	134
Apêndices Estudo I	134
Apêndice I - Pedido e obtenção da autorização do autor principal da POAM-P original para tradução da escala	134
Apêndice II – Pedido de Colaboração aos Tradutores	135
Apêndice III – Formulário para tradução da POAM-P	136
Apêndice IV – Traduções iniciais obtidas dos dois tradutores participantes	139
Apêndice V – Relatório do Processo de Síntese de Tradução	145
Apêndice VI – Pedido de colaboração para a retroversão	151
Apêndice VII – Formulário para a retroversão	152
Apêndice VIII – Retroversões obtidas dos retradutores	155
Apêndice IX – Versão Síntese das retroversões obtidas	161
Apêndice X – Dossier de participação do Comité de Peritos	165
Apêndice XI – Versão Síntese da análise do Comité de Peritos	189
Apêndice XII – Versão de retroversão obtida do consenso do Comité de Peritos	197
Apêndice XIII – Parecer do autor principal da POAM-P original acerca da versão retrotraduzida.	199
Apêndice XIV – Versão pré-final da Escala POAM-P	200

Apêndice XV – Pedido de autorização a serviços de fisioterapia para recolha de dados para o estudo piloto	202
Apêndice XVI – Pedido de colaboração a colegas para obtenção da amostra para o estudo piloto	203
Apêndice XVII – Critérios de inclusão e exclusão para participar no estudo piloto	205
Apêndice XVIII – Questionário de Caracterização sócio-demográfica e clínica - Dor lombar crónica, para os participantes no estudo-piloto	206
Apêndice XIX – Dossier entregue aos utentes para participação no estudo piloto	207
Apêndice XX – Dossier entregue aos peritos na área da Dor Musculo-Esquelética Crónica para participação no estudo piloto	212
Apêndice XXI – Respostas obtidas pelos peritos clínicos no estudo-piloto	218
Apêndice XXII – Processo de Auditoria realizado pelo perito em Metodologia	224
Apêndices Estudo 2	227
Apêndice XXIII – Manual para recrutamento dos participantes no estudo	227
Apêndice XXIV – Protocolo de Recolha de dados e Caderno de Instrumentos a aplicar à amostra	232
Apêndice XXV – Tabelas de correlação item-item das componentes da versão portuguesa da POAM-P	243

1. INTRODUÇÃO

A dor lombar crónica de origem inespecífica (DLCI) é definida como dor ou desconforto localizado entre a extremidade costal inferior e as pregas glúteas inferiores, podendo ou não ser referido para o membro inferior, que persiste há pelo menos 12 semanas, (Airaksinen et al., 2006; Krismer & van Tulder, 2007), e que não é atribuível a uma causa conhecida ou a um diagnóstico específico (van Tulder, Koes & Bombardier, 2002; Airaksinen et al. 2006; van Tulder, Koes & Malmivaara, 2006; Krismer & van Tulder, 2007).

A dor lombar é um problema músculo-esquelético comum nas sociedades ocidentais (van Tulder et al. 2006). Em Portugal, a dor lombar constitui a 2ª doença reumática mais frequente (Faustino, 2002) e é o tipo de dor mais referido pela população Portuguesa (Rabiais, Nogueira & Falcão, 2003). A percentagem de indivíduos com dor lombar tende a ser maior no sexo feminino, no grupo etário entre os 55 e 64 anos, e nos grupos com menor grau de escolaridade (Rabiais et al. 2003).

De acordo com van Tulder et al. (2002) e Weiner e Nordin (2010), a dor lombar tem, em geral, uma história natural favorável. Du Bois e Donceel (2008) referem que 30 a 60% dos indivíduos com dor lombar recuperam no espaço de uma semana, 60% a 90% num período de 6 semanas e 95% ao fim de 12 semanas (Du Bois & Donceel, 2008). Apesar do prognóstico favorável, para a maioria dos indivíduos a frequência de recorrência é elevada. Segundo Weiner & Nordin (2010), cerca de 20% dos utentes em tratamento para a dor lombar aguda desenvolvem sintomatologia crónica ou persistente, que pode ou não conduzir à incapacidade funcional (Weiner & Nordin, 2010). Esta incapacidade funcional designa uma restrição na realização de atividades e tarefas do dia a dia, em casa ou no local de trabalho (Leeuw et al., 2007). De acordo com Nachemson e Jonsson (2000 citados por Weiner e Nordin 2010), e Du Bois e Donceel (2008), cerca de 6% a 10% dos utentes com dor lombar aguda evoluem para uma condição de dor lombar crónica (DLC) e incapacidade relacionada com o trabalho. Apesar de aparentemente baixa, a percentagem de DLC representa 65 a 85% de todos os custos associados à dor lombar (Maetzel & Li, 2002), constituindo um dos problemas de saúde pública com maior impacto socioeconómico, no mundo ocidental (Andersson, 1999; Maetzel & Li, 2002; Vollenbroek-Hutten et al., 2004; Bouton et al., 2008). A custos diretos (cuidados de saúde) somam-se

elevados custos indiretos, por exemplo, associados ao absentismo ao trabalho (van Tulder et al. 2002; Maetzel & Li, 2002), tendo vindo a crescer exponencialmente (Maetzel & Li (2002).

Os indivíduos com DLC reportam níveis elevados de incapacidade funcional, particularmente, nas fases de agudização ou exacerbação dos sintomas (sintomatologia flutuante da DLC) (van Tulder et al. 2002; Du Bois & Donceel., 2008), conduzindo à diminuição ou impossibilidade de realizar tarefas ou atividades funcionais do dia a dia e limitando a sua participação social (van Tulder et al. 2002).

A dor e a incapacidade estão, pois, intimamente relacionadas (Simeonsson, Lollar, Hollowell, & Adams. 2000; Direção Geral da Saúde, 2004), constituindo as características mais importantes da condição de dor lombar crónica de origem inespecífica (DLCI) (van Tulder et al. 2002). Na última década a investigação realizada na DLCI tem identificado diversos aspectos psicossociais que parecem ser responsáveis para que pessoas com dor aguda evoluam para dor crónica e incapacidade. Estes aspectos estão agrupados nos modelos de medo da dor – evitamento do movimento e modelo do desuso. De acordo com estes modelos, um indivíduo que tem uma lesão aguda e reage com pensamentos desajustados (não adaptativos) em relação à dor (catastrofização da dor, medo da dor), pode adotar comportamentos de hipervigilância e evitamento. Estes comportamentos protetivos levam os indivíduos a evitar ou a deixar de realizar movimentos e atividades que associam ao surgimento de dor. Numa fase aguda da dor, estes comportamentos podem ser adaptativos, mas, uma vez que ocorrem em antecipação à dor e não como resposta à dor, tendem a persistir no tempo, pois o indivíduo não cria oportunidades para alterar as suas expectativas e crenças (erradas) em relação à dor, movimento ou atividade (Vlaeyen e Linton, 2000). A manutenção destes comportamentos tende a resultar em desuso, incapacidade, depressão e diminuição do limiar de tolerância à dor, remetendo o indivíduo para um ciclo vicioso que o conduz à cronicidade e perpetuação da dor. O desuso, ou seja, a diminuição dos níveis de atividade física, resulta, segundo o modelo da síndrome do desuso, em descondicionamento físico e restrição da participação nas atividades sociais (Verbunt et al., 2003a).

No entanto, e apesar de existir evidência consistente acerca do papel do medo- evitamento na explicação da incapacidade em indivíduos com dor crónica, nem todos os indivíduos com dor lombar crónica inespecífica demonstram um comportamento de evitamento (Hasenbring, Hallner & Klasen, 2001; Verbunt et al. 2003a; Vlaeyen & Morley, 2004;

Kindermans, Roelofs et al. 2011) e/ou uma diminuição dos níveis de atividade física (Verbunt et al. 2001; Bousema et al. 2007). Com efeito, modelos cognitivo comportamentais recentes acerca da incapacidade relacionada com a dor, assumem que há diferentes padrões de resposta à dor, em termos da atividade realizada, que parecem ter um papel central no desenvolvimento e perpetuação da dor crónica e incapacidade (Vlaeyen & Morley, 2004; Hasenbring, Plaas, Fischbein & Willburger, 2006; Kindermans, Roelofs et al. 2011). Contudo, a evidência empírica acerca da relação entre os padrões de atividade e medidas importantes de resultados em saúde, como a dor e incapacidade, é ainda limitada e inconclusiva (Kindermans, Roelofs et al. 2011).

O instrumento de medida *Patterns of Activity Measure- Pain* (POAM-P) foi desenvolvido por Cane et al. (2007 citados por Kindermans et al (2009), com o objetivo de medir padrões de atividade em indivíduos com dor crónica. O POAM-P é um questionário de autopreenchimento que mede três padrões de atividade, em indivíduos com dor crónica, através de três subescalas: “*avoidant*” (i.e. evitamento), “*overdoing*” (i.e. persistência) e “*pacing*” (i.e. ritmo). O questionário compreende 30 itens e cada item corresponde a uma afirmação acerca da forma como os indivíduos realizam habitualmente as suas atividades regulares da vida diária. De acordo com os dados fornecidos pelo autor principal da versão original do POAM-P, as subescalas apresentam uma boa a elevada consistência interna (i.e. homogeneidade dos itens da escala), valores satisfatórios de fiabilidade teste-reteste e uma boa validade de construto. Apesar de recente, o POAM-P foi já traduzido e adaptado culturalmente para a língua Holandesa, tendo demonstrado uma boa a elevada consistência interna das suas subescalas (*alpha* de Cronbach (α) entre 0.80 e 0.94) e valores de validade de construto satisfatórios para a subescala “*avoidant*” (evitamento), ao estabelecer relações com os construtos cinesiofobia, catastrofização da dor, depressão e incapacidade. Os resultados da validade de construto das restantes subescalas revelaram-se contraditórios, pelo que os autores recomendaram mais estudos de validação das mesmas (Kindermans et al., 2009).

Até à data, e do nosso conhecimento, não existe nenhum estudo de adaptação cultural do POAM-P para versão portuguesa. Posto isto, o presente estudo tem como objetivos: (1) realizar a adaptação transcultural do POAM-P para a Língua Portuguesa (para uso em Portugal) e (2) estudar a sua fiabilidade e validade numa amostra de indivíduos com DLCI. Especificamente, pretendeu-se traduzir e adaptar culturalmente o instrumento e contribuir

para a sua validação, através da análise da estrutura factorial, consistência interna, fiabilidade teste- reteste e validade de construto da versão portuguesa obtida.

O estudo realizado está dividido em duas etapas, metodologicamente coerentes, mas que recorreram a amostras e procedimentos diferentes. Assim, num primeiro estudo (estudo 1), desenvolveu-se o processo de tradução e adaptação cultural do POAM-P. No segundo estudo analisaram-se as propriedades psicométricas da versão portuguesa do POAM-P, nomeadamente, a sua fiabilidade e validade de construto.

Os resultados destes estudos irão contribuir para disponibilizar um instrumento que avalie padrões de atividade de indivíduos com DLCI e, ao mesmo tempo, aprofundar o conhecimento sobre as relações propostas para a justificação da incapacidade funcional associada à dor lombar crónica, como a relação medo-evitamento dos Modelos teóricos de dor, medo-evitamento e síndrome do desuso. A confirmarem-se estes aspectos, podem ajudar a definir programas de intervenção que, alterando esses aspectos, ajudem a melhorar os níveis de atividade física e, por consequência, a minimizar os níveis de incapacidade.

De forma a facilitar a organização e leitura deste trabalho, os estudos referidos encontram-se organizados e estruturados de forma independente, mas sequencial. Assim, **nos capítulos 2 e 3** apresenta-se uma revisão da literatura sobre os modelos teóricos de dor que exploram a relação entre a incapacidade funcional e os comportamentos adotados pelos indivíduos relativos ao movimento e atividade física nesta condição específica, e enquadra-se o processo de adaptação cultural de instrumentos de medida e avaliação das propriedades psicométricas. Nos **capítulos 5 a 6** descreve-se a metodologia utilizada, e os resultados encontrados, começando por abordar o estudo de adaptação e depois o estudo de validação. **O capítulo 8 e 9** apresentam a discussão e conclusão agregada dos dois estudos efetuados.

2. DOR LOMBAR CRÓNICA: DEFINIÇÃO

A dor lombar ou lombalgia é definida como uma dor ou desconforto que se localiza entre a extremidade costal inferior e as pregas glúteas inferiores, podendo ou não verificar-se sintomatologia associada no membro inferior (Airaksinen et al. 2006; Krismer & van Tulder, 2007).

Conforme o tempo de duração, a dor lombar pode classificar-se em aguda, subaguda ou crónica (Bekkering et al., 2003; Krismer & van Tulder, 2007). A dor lombar aguda (DLA) e subaguda ocorrem subitamente após um período de, no mínimo, seis meses sem dor lombar. Quando a dor perdura menos de seis semanas designa-se aguda; quando perdura entre seis a doze semanas é subaguda (Bekkering et al. 2003; Krismer & van Tulder, 2007). A dor lombar crónica (DLC) perdura mais de doze semanas (Bekkering et al., 2003; Airaksinen et al. 2006; Krismer & van Tulder, 2007) e pode ser persistente ou ocorrer episodicamente num período de seis meses, designando-se esta por dor recorrente (Krismer & van Tulder, 2007). A frequência de recorrência ou de episódio é difícil de estimar, uma vez que a definição de episódio não está estandardizada nos diferentes estudos (de Vet et al. (2002 citados por Weiner & Nordin, 2010). Nordin et al. (1997, citados por Weiner & Nordin, 2010), utilizam o termo dor recorrente quando os utentes têm um período sem dor e retomam as suas atividades diárias, incluindo o trabalho, durante pelo menos oito semanas a partir do último episódio. Airaksinen et al. (2006) referem que a classificação de dor crónica recorrente deve ser atribuída quando o episódio de dor lombar dura cerca de doze semanas, enquanto que Von Korff (1994) a descreve como “presença de dor lombar em menos de metade dos dias num período de 12 meses, ocorrendo em múltiplos episódios no decorrer desse período”.

No que se refere à etiologia da dor lombar, Waddell (1987 citado por Airaksinen et al. 2006) defende uma classificação, aceite internacionalmente, que divide a dor lombar em três categorias: patologia específica da coluna, dor radicular ou da raiz nervosa e dor de origem inespecífica. No presente estudo, abordaremos a dor lombar crónica de origem inespecífica (DLCI) (Airaksinen et al, 2006). A DLCI inclui diagnósticos como lumbago, síndrome miofascial, dor lombar mecânica, tensão muscular e outros termos que, segundo Weiner & Nordin (2010), são vagos e inespecíficos.

De acordo com Krismer & van Tulder (2007), alguns profissionais de saúde restringem o termo “dor lombar específica” a doenças destrutivas como a neoplasia e a infeção, e a

doenças associadas a questões neurológicas, como a hérnia discal e a estenose medular. Outros profissionais usam este termo na presença de uma fonte localizada de dor, havendo uma estrutura específica da coluna que é dolorosa e um diagnóstico específico válido para caracterizar a causa da dor (Krismer & van Tulder, 2007). As causas específicas de dor lombar são identificadas apenas em 5 a 10% dos casos (Krismer & van Tulder, 2007). Em cerca de 90% dos casos de dor lombar crônica é atribuído um diagnóstico médico de DLCI (van Tulder et al. 2002; Krismer & van Tulder, 2007; Weiner & Nordin, 2010).

A DLCI inclui-se no grupo das doenças reumáticas, que se caracterizam por alterações de origem não traumática do sistema músculo-esquelético (Monjardino, Lucas & Barros, 2011). É definida como uma dor sem a existência de uma causa física específica, como por exemplo, uma compressão de uma raiz nervosa, um trauma, uma infecção ou tumor (Bekkering et al, 2002; Airaksinen et al, 2006), ou uma dor sem uma patologia subjacente conhecida (Krismer & van Tulder, 2007), como a osteoporose ou uma doença inflamatória, como a espondilite anquilosante (Airaksinen et al, 2006). Weiner & Nordin (2010) definem a DLCI como um diagnóstico de exclusão, não havendo uma causa ou estrutura responsável pela dor, que possa ser determinada com os instrumentos de avaliação e/ou diagnóstico atuais.

Para efeitos deste estudo utilizamos como definição de DLCI: dor ou desconforto localizado entre a extremidade costal inferior e as pregas glúteas inferiores, que persiste há pelo menos 12 semanas, podendo ou não ser referido para o membro inferior (Airaksinen et al. 2006; Krismer & van Tulder, 2007), e que não é atribuível a uma causa conhecida ou a um diagnóstico específico (van Tulder et al. 2002; Airaksinen et al. 2006; van Tulder et al. 2006; Krismer & van Tulder, 2007).

3. DOR LOMBAR CRÓNICA: EPIDEMIOLOGIA

As doenças reumáticas constituem a maior causa de morbidade¹, dor e incapacidade em todo o mundo (Wolf & Pfleger, 2003; World Health Organization, 2003). Como consequência à doença reumática surge a disfunção, limitação da atividade e restrição na participação social dos utentes (Monjardino, Lucas & Barros, 2011), acarretando avultados custos para o sistema de saúde e para a segurança social (World Health Organization, 2003; Faustino, 2002).

A dor lombar, em particular, constitui um problema de saúde e socioeconómico extremamente comum na sociedade, sendo experienciado pela maioria das pessoas em algum momento da sua vida (Wolf & Pfleger, 2003; Hoy, Brooks, Blyth & Buchbinder, 2010). No que se refere à DLC, representa 65 a 85% de todos os custos associados à dor lombar (Maetzel & Li, 2002), sendo um dos problemas de saúde pública com maior impacto socioeconómico no mundo ocidental (Andersson, 1999; Vollenbroek-Hutten et al., 2004; Bouton et al., 2008). A custos diretos (cuidados de saúde) somam-se elevados custos indiretos (ex. licenças médicas por doença) (van Tulder et al. 2002) que, de acordo com Maetzel e Li (2002), têm vindo a crescer exponencialmente.

Em Portugal, os estudos epidemiológicos realizados até à data são pouco específicos, abordando a dor lombar em geral. De acordo com o estudo epidemiológico de Faustino (2002), a dor lombar é a 2ª doença reumática mais frequente em Portugal: afeta 31,1% dos utentes deste grupo de doenças, estando a osteoartrose em primeiro lugar (Faustino, 2002). Rabiais, Nogueira e Falcão (2003) realizaram um estudo epidemiológico através do Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre a frequência, distribuição e algumas consequências dos principais tipos de dor na população portuguesa. Os dados, obtidos por entrevista telefónica dirigida às famílias portuguesas, revelaram que a dor lombar é o tipo de dor mais referido pela população Portuguesa (51,3%), nos últimos sete dias anteriores à entrevista. Ao analisar as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, grau de escolaridade, ocupação e região), os autores observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de indivíduos com dor lombar. A percentagem de indivíduos com dor lombar foi maior no sexo feminino (59.4%), no grupo etário entre os 55 e 64 anos

¹ Taxa de portadores de uma doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.

(63.9%), nos grupos com o menor grau de escolaridade (67.2%) e com a ocupação domésticas(os) (65.9%). Verificou-se que a percentagem de indivíduos com dor lombar tendeu a aumentar quanto maior a idade, nos grupos entre os 18 anos e os 64 anos, diminuindo a partir dos 65 anos. Pelo contrário, quanto maior o grau de escolaridade dos indivíduos, menor foi a percentagem de dor lombar registada. Através da análise multifactorial, verificou-se que os factores associados à dor lombar foram: o sexo, o grupo etário e o grau de escolaridade. Após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que: os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 74 anos tinham um risco de dor lombar 1.3 vezes superior ao dos indivíduos com 75 anos ou mais; o risco de dor lombar no sexo feminino era 2.6 vezes superior ao do sexo masculino; no que se refere à frequência de dor lombar, as mulheres tiveram um número de dias com dor lombar significativamente superior aos homens, e os indivíduos activos apresentaram uma frequência menor de dias com dor lombar que os indivíduos sedentários; em relação ao nível de escolaridade, os indivíduos analfabetos ou que apenas sabiam ler e escrever apresentaram uma probabilidade 3 vezes superior de ter dor lombar que os indivíduos com um nível de escolaridade superior; dos inquiridos que manifestaram dor lombar, 59.0% afirmaram que a intensidade de dor era ligeira. A principal atitude dos indivíduos perante a dor lombar foi “não fazer nada” (42.7%) (Rabiais, Nogueira & Falcão, 2003).

Apesar de a dor lombar ser muito comum na população, os dados de prevalência variam de acordo com as definições atribuídas à condição e a população em estudo (Wolf & Pfleger, 2003). Numa revisão sistemática acerca da frequência de doenças reumáticas em Portugal, de Monjardino, Lucas e Barros (2011), verificou-se que, no período de 2001 a 2010, a prevalência de dor lombar na população adulta em Portugal, variou entre 12.3%, quando classificada como uma dor com duração superior a três meses (Costa, Gal & Barros, 2004), e 51.3%, quando classificada como uma dor em pelo menos um dia, nos sete dias anteriores (Rabiais, Nogueira & Falcão, 2003).

Em relação à incidência de dor lombar em Portugal, durante o ano de 2004, foram notificados 2267 novos episódios de dor lombar, tendo 862 (38.0%) ocorrido em homens e 1405 (62.0%) em mulheres (Médicos–Sentinela, 2006). A incidência global de dor lombar aguda nesse ano foi de 1817.8 novos casos em 100 000 indivíduos. Nas populações feminina e masculina, a incidência foi de 2157.4 e 1446.7 em 100 000 indivíduos, respetivamente (Médicos–Sentinela, 2006). Em relação aos grupos etários, o valor máximo de taxa de incidência no sexo masculino registou-se no grupo etário dos 45 aos 54 anos,

enquanto que no sexo feminino verificou-se no grupo dos 55 aos 64 anos. A partir dos 45 anos de idade, a taxa de incidência de dor lombar estimada para as mulheres revelou-se sempre superior à dos homens (Médicos–Sentinela, 2006).

Em termos do seu prognóstico, a dor lombar tem, em geral, uma história natural favorável: 30 a 60% dos indivíduos recuperam no espaço de uma semana, 60 a 90% num período de 6 semanas e 95% ao fim de 12 semanas (Du Bois & Donceel, 2008; Weiner & Nordin, 2010). Contudo, é frequente surgirem episódios de recorrência de dor lombar. Após um primeiro episódio de dor lombar, cerca de 20 a 44% dos indivíduos sofrem uma recidiva no espaço de um ano e até 85% têm pelo menos uma recorrência de dor lombar ao longo da vida (van Tulder et al. 2002). Segundo Weiner & Nordin (2010), a frequência de recorrência de dor lombar inespecífica varia consideravelmente entre os estudos, podendo variar, num período de follow-up de dois anos, entre 5% a 60%. Esta variação deve-se, em parte, ao facto de os estudos utilizarem diferentes definições de episódio ou recorrência de dor lombar, e não uma definição estandardizada. De acordo com Weiner e Nordin (2010), 20% dos utentes em tratamento para a dor lombar aguda desenvolvem sintomatologia crónica ou persistente, que pode ou não conduzir à incapacidade (Weiner & Nordin, 2010).

No que respeita ao impacto da dor lombar na incapacidade e absentismo profissional, estudos estimam que 22% dos indivíduos com dor lombar recorrem a alguma forma de licença médica (“baixa”) por necessidade de ausência da sua atividade profissional e 11% permanecem na mesma, mas com redução da sua capacidade normal (Wynne-Jones, Dunn & Main (2008, citados por Serpa & Cruz, 2011). De acordo com Wolf e Pflieger (2003), a maior parte dos utentes com dor lombar volta ao trabalho após uma semana de dor, estando 90% dos utentes a trabalhar após dois meses de ausência ao trabalho. Quanto mais tempo o utente está sem trabalhar, menor é a probabilidade de regressar ao trabalho, sendo que, após seis meses de absentismo, menos de 50% dos utentes regressa ao trabalho e, passados dois anos, a hipótese de voltar a trabalhar é escassa (Wolf & Pflieger, 2003). O absentismo parece relacionar-se com a existência de níveis elevados de incapacidade funcional nas fases de agudização ou exacerbação dos sintomas (sintomatologia flutuante) dos utentes com DLC (van Tulder et al. 2002; Du Bois, Szpalski & Donceel 2009), conduzindo à diminuição ou impossibilidade de realizar tarefas a nível das atividades e participação, em função da dor (van Tulder et al. 2002).

Em Portugal, num estudo de Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva (2010) verificou-se que os utentes com dor crónica apresentam, em média, 14 dias por ano de licença médica

(“baixa”) devido à condição, traduzindo um grande impacto socioeconómico da doença na atividade profissional.

Os estudos epidemiológicos portugueses acerca da DLC apresentam uma heterogeneidade substancial quanto à definição e aos critérios de classificação da condição, assim como das metodologias utilizadas (por ex. formas diferentes de avaliar a prevalência: ponto de prevalência, prevalência de período (dias/meses/anos), o que dificulta a comparação dos resultados e cria dificuldades nos cálculos de prevalência e incidência da DLC (Monjardino, Lucas & Barros, 2011). A própria natureza incerta e episódica da dor lombar faz com que o conceito epidemiológico tradicional de incidência seja difícil de delinear nesta condição (World Health Organization, 2003). De modo a poderem fazer-se comparações significativas entre os estudos, o grupo da Organização Mundial de Saúde “Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions” tem estabelecido, desde 2003, exigências para a standardização de critérios (World Health Organization, 2003). Estas incluem o uso de definições consensuais da condição em estudo, o uso de faixas etárias concordantes para que se possam reportar os dados, a recolha de dados separada por género e o desenvolvimento de normas de orientação clínica que permitam uniformizar a recolha de dados (Monjardino, Lucas & Barros, 2011).

Os resultados dos estudos realizados na última década têm demonstrado que os valores elevados de incapacidade e absentismo em utentes com dor músculoesquelética crónica estão relacionados com a natureza complexa e multifactorial da condição (Bailey, Carleton, Vlaeyen & Asmundson, 2010), não resultando apenas da dor, mas também da presença de alterações cognitivo-comportamentais e ambientais (factores psicossociais) (Crombez, Vlaeyen, Heuts & Lysens, 1999). Estas alterações são traduzidas em cada indivíduo como crenças e atitudes, sendo que alguns autores sugerem que contribuam mais para a incapacidade funcional do que a própria dor (Crombez et al., 1999). Neste contexto, os factores psicossociais são definidos como aqueles que podem afectar de alguma forma a resposta psicológica e comportamental dos indivíduos relativamente à execução da sua atividade profissional ou da vida diária, podendo ser interpretados como obstáculos à recuperação e ao retorno a essa atividade. Com efeito, a evidência científica actual sugere que o desenvolvimento de cronicidade e a incapacidade associada, depende mais dos factores psicossociais e ambientais do que dos factores de natureza física (Boersma & Linton, 2005; Du Bois & Donceel, 2008). Os factores psicossociais influenciam a percepção relativa à dor e a forma como os utentes lidam com a mesma.

Com base na investigação realizada acerca do papel dos fatores psicossociais no desenvolvimento da cronicidade e incapacidade associadas à DLC, Vlaeyen e Linton (2000) propuseram um modelo teórico de dor designado Modelo de Medo-Evitamento. Este e outros modelos cognitivo-comportamentais atuais, são descritos no capítulo seguinte.

4. MODELOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS DE DOR

4.1. Modelo de medo-evitamento

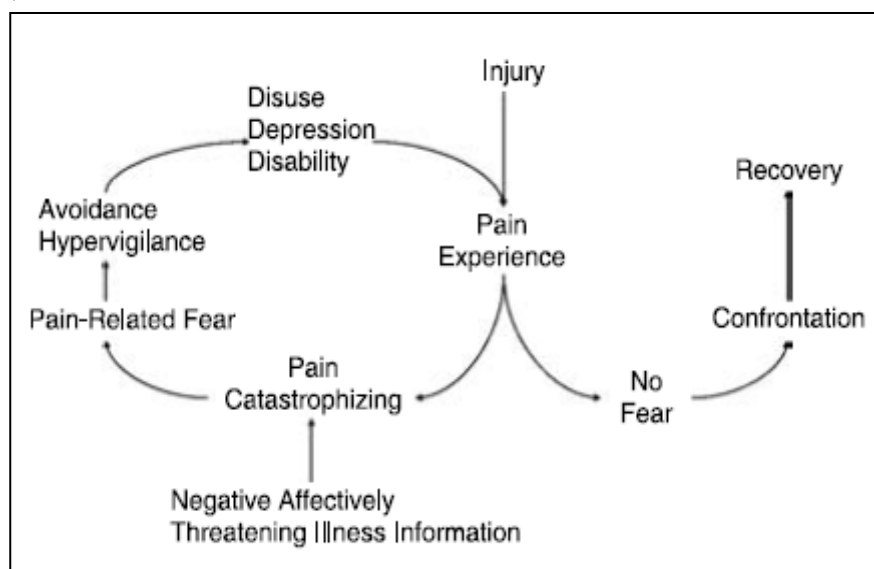
O modelo de medo-evitamento foi desenvolvido por Vlaeyen e Linton (2000), como proposta teórica para explicar as razões porque alguns indivíduos transitam da dor aguda para a dor crónica (Leeuw et al. 2007), entrando num ciclo de cronicidade, que perpetua a dor (Bailey, Carleton, Vlaeyen & Asmundson, 2010).

O conceito de medo-evitamento aplicado à dor surgiu na década de oitenta. Linton et al. (1984 citados por Vlaeyen e Linton 2000) postularam que uma pessoa adquire um comportamento de evitamento ao atribuir uma significado negativo a um estímulo neutro. O estímulo neutro pode ser uma experiência direta anterior, uma informação recebida ou uma observação que permite ao indivíduo prever ou antecipar acontecimentos no seu ambiente ou condição. De acordo com aqueles autores, a resposta automática de tensão muscular e ativação do sistema nervoso simpático, que inclui o medo e a ansiedade, ao sofrer uma lesão física, pode ser a mesma, apenas com a presença de um estímulo neutro. Como exemplo, um utente com dor lombar pode desenvolver medo associado à atividade de levantar um peso: 1) após uma experiência de dor ao levantar um peso, 2) após receber a informação por parte de um profissional de saúde de que levantar pesos pode lesar estruturas importantes da coluna vertebral ou, 3) após observar uma pessoa com uma crise de dor lombar devido ao levantamento de um peso (Vlaeyen & Linton, 2000). Posto isto, a atribuição de um significado negativo prévio a determinado movimento ou atividade despoleta por si só reações como o medo e a ansiedade, levando a pessoa a evitar ou não a realização desse movimento ou atividade.

Tendo em linha de conta os aspectos anteriormente referidos, Vlaeyen et al., (1995 citados por Vlaeyen & Linton 2000), postularam que há duas respostas comportamentais opostas face ao medo da dor: a resposta de confrontação e a resposta de evitamento. A primeira conduz à extinção do medo ao longo do tempo, enquanto a segunda mantém ou exacerba esse medo (Vlaeyen et al. (1995 citados por Vlaeyen & Linton, 2000).

Com base nestas premissas, Vlaeyen e Linton (2000) esquematizaram um modelo cognitivo-comportamental de medo-evitamento (Figura 1), que se mantém válido até aos dias de hoje.

Figura 1 - Modelo de medo-evitamento em utentes com dor músculo-esquelética crónica (Vlaeyen e Linton, 2000)



Segundo o que é descrito neste modelo, um indivíduo que tem uma lesão física passa por uma experiência de dor, à qual pode reagir com ou sem medo (reação emocional que emerge quando um estímulo é percebido como uma ameaça (Leeuw et al., 2007). Este medo em relação à dor inclui o medo da dor, do movimento ou de uma (nova) lesão, podendo também designar-se cinesiofobia². Se a pessoa reage sem medo à experiência de dor, tem um comportamento de confrontação que a leva à recuperação da lesão. Ao reagir com pensamentos negativos em relação à dor, como a catastrofização da dor³, e o medo, o indivíduo entra num ciclo vicioso que o leva a adotar comportamentos de hipervigilância (aumento dos níveis de atenção relativamente a possíveis sinais de ameaça) e evitamento do movimento ou atividade.

O comportamento de evitamento é adotado quando se pretende que uma situação adversa não ocorra. Estes comportamentos de segurança levam os utentes a evitar ou deixar de realizar movimentos e atividades dos quais esperam o surgimento de dor. Na dor crónica não se pode evitar a dor, mas pode evitar-se a ameaça percebida de dor (crenças de medo-evitamento), como é o caso de movimentos ou atividades assumidos como provocadores

² A cinesiofobia refere-se a uma condição na qual o utente apresenta um medo excessivo, irracional e debilitante do movimento e atividade física, que resulta em sentimentos de vulnerabilidade relativamente a uma lesão ou nova lesão (Reneman et al., 2007).

³ A catastrofização da dor designa a atribuição de um pensamento excessivamente negativo em relação à experiência de dor, gerando o medo em relação à dor (Picavet, Vlaeyen & Schouten, 2002).

de dor ou lesão (Leeuw et al. 2007). Numa fase aguda da dor, estes comportamentos podem ser adaptativos, mas, uma vez que ocorrem em antecipação à dor e não como resposta à dor, tendem a persistir no tempo, pois o utente não cria oportunidades para alterar as suas expectativas e crenças (erradas) em relação à dor, movimento ou atividade. A manutenção destes comportamentos tende a resultar em desuso⁴, depressão, incapacidade⁵ e diminuição do limiar de tolerância à dor, remetendo o utente para um ciclo vicioso que o conduz à cronicidade e perpetuação da dor (Figura 1).

Diversos estudos têm sido realizados para validar o modelo de medo-evitamento, focando-se na verificação das relações entre as variáveis que postula.

No que se refere à intensidade da dor, vários estudos indicam que se correlaciona significativamente com a catastrofização da dor (Boersma & Linton, 2005; Peters, Vlaeyen & Weber, 2005), mas não com o medo em relação à dor (Boersma & Linton, 2005; Reneman et al. 2007). Por exemplo, e considerando os resultados do estudo de Reneman et al. (2007), em que um dos objetivos foi analisar a relação entre a intensidade de dor e o medo em relação à dor, em utentes com DLCI, não se verificaram correlações significativas entre a intensidade de dor e o medo em relação à dor, quer recorrendo ao instrumento *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK), quer às subescalas “Physical Activity” e “Work” do instrumento *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ), para avaliação do medo em relação à dor. Peters et al. (2005) estudaram os fatores que contribuíam para a intensidade de dor atual em utentes com DLCI, dividindo a análise do medo em relação à dor, numa análise individualizada do medo da dor, avaliado com o *Pain Anxiety Symptoms Scale* (PASS), e do medo do movimento/(nova) lesão, avaliado com o TSK. Através de uma análise hierárquica de regressão linear, os autores verificaram que o medo da dor tem um maior poder preditivo da intensidade de dor ($\text{Exp}(\beta) = 0.31$, $p < 0.05$ que a catastrofização da dor (avaliada com o *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) ($\text{Exp}(\beta) = 0.24$, $p < 0.05$), explicando 10% da variância total, enquanto a catastrofização da dor explicou 6% da variância total. O medo do movimento/(nova) lesão não contribuiu significativamente para explicar a intensidade de dor atual dos utentes, tendo sido removido do modelo hierárquico de análise de regressão para a intensidade de dor como variável dependente (Peters et al., 2005).

⁴ O termo desuso refere-se a uma atitude comportamental de atividade física diária reduzida, que conduz à inatividade (Verbunt, Seelen et al., 2003).

⁵ A incapacidade refere-se à dificuldade ou impossibilidade de executar tarefas e atividades da vida diária, em casa ou no trabalho (Leeuw et al. 2007).

Analizamos, em seguida, a relação entre o medo em relação à dor e a catastrofização da dor. Crombez et al. (1999) realizaram um estudo de investigação acerca do papel do medo em relação à dor no desenvolvimento da DLC e, ao analisar, separadamente, a relação do medo da dor e do medo do movimento/(nova) lesão, com a catastrofização da dor, verificaram que o medo da dor (*Pain Anxiety Symptoms Scale* (PASS): coeficiente de correlação de Pearson ($r = 0.61$, $p < 0.001$) e o medo do movimento/ nova lesão (TSK: $r = 0.53$, $p < 0.01$) estão relacionados de forma significativa e positiva moderada com a catastrofização da dor⁶. Num estudo com o objetivo de validar relações preditivas entre fatores psicológicos do modelo de medo-evitamento, Cook, Brawer e Vowles (2006) verificaram, igualmente, uma correlação significativa e positiva moderada entre a catastrofização da dor, avaliada com uma escala diferente do estudo anterior (*Coping Strategies Questionnaire catastrophizing*), e o medo em relação à dor, avaliado com o TSK ($r = 0.41$, $p < 0.001$). De acordo com estes autores, a catastrofização da dor está, também, associada de forma positiva e significativa moderada com a depressão (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale* ($r = 0.59$, $p < 0.001$)) (Cook, Brawer & Vowles, 2006).

Atentando no fator hipervigilância do modelo de medo-evitamento, Pincus e Morley (2001) citados por Leeuw et al. (2007) verificaram que os níveis de hipervigilância aumentam com níveis de intensidade de dor elevados, podendo impedir a continuação da execução de atividades.

Estudos demonstram a relação do medo em relação à dor com a hipervigilância (Keogh, Ellery, Hunt & Hannent, 2001; Goubert, Crombez & Van Damme, 2004; Crombez, Eccleston, Van Den Broeck, Van Houdenhove, Goubert, 2002). Keogh et al. (2001), num estudo cujo objetivo foi verificar a relação entre o medo da dor e a hipervigilância em indivíduos saudáveis, os resultados indicam que há uma relação positiva e significativa fraca entre os níveis de medo da dor e os níveis de hipervigilância ($r = 0.29$, $p < 0.05$).

Num estudo de Goubert et al. (2004), com uma amostra de utentes com DLCI, os autores analisaram a relação dos níveis de catastrofização da dor e medo em relação à dor com os níveis de hipervigilância. Os autores verificaram que, tanto a catastrofização da dor ($r = 0.58$, $p < 0.0005$) como o medo em relação à dor ($r = 0.56$, $p < 0.0005$) se associam de

⁶ De acordo com Marôco (2011), uma correlação é considerada muito fraca se $r < 0.20$, fraca se $0.20 < r < 0.39$; moderada se $0.40 < r < 0.69$; forte se $0.70 < r < 0.89$ e muito forte, se $0.90 < r < 1$.

forma positiva e significativa moderada com a hipervigilância. Num outro estudo, Crombez et al. (2002) analisaram o efeito da catastrofização da dor na hipervigilância, em indivíduos saudáveis e em indivíduos com DLCI. Os autores verificaram, tal como nos estudos anteriores, que níveis elevados de catastrofização da dor resultam em níveis mais elevados de atenção a estímulos dolorosos (hipervigilância), quer em indivíduos saudáveis, quer em utentes com DLCI. Após 250 ms de aplicação de um estímulo eletrocutâneo de baixa intensidade nos indivíduos saudáveis, a interferência dos níveis de atenção no grupo dos indivíduos com níveis elevados de catastrofização da dor foi significativamente maior do que no grupo de indivíduos com menores níveis de catastrofização da dor ($F[1,65]=7.67, P<0.01$). No que se refere aos utentes com DLCI, após 250 ms do estímulo eletrocutâneo, a interferência dos níveis de atenção nos utentes com níveis elevados de catastrofização da dor também foi significativamente maior do que no grupo de utentes com menores níveis de catastrofização ($F[1,30] = 4.04, P<0.05$). Os autores verificaram que, mesmo após controlar o efeito da variável emoções negativas (ex. ansiedade), o efeito da catastrofização da dor na hipervigilância manteve-se significativo, aos 250ms de estímulo, tanto nos indivíduos saudáveis ($F[1,63]=6.06, P<0.05$), como nos utentes com DLCI ($F[1,29]=4.07, P<0.05$), o que já não aconteceu aos 750ms. Posto isto, os autores concluíram que a catastrofização da dor facilita o aumento dos níveis de hipervigilância a estímulos dolorosos, apresentando um efeito específico que não pode ser explicado por emoções negativas como a ansiedade, nem pela experiência de ter DLCI (Crombez et al., 2002).

No que se refere à relação entre o medo relacionado com a dor e o comportamento de evitamento da atividade em utentes com DLCI, estudos indicam que estes fatores se correlacionam significativamente e de forma positiva (Vlaeyen, Kole Snijders, Boeren & van Eek, 1995; Crombez et al. 1999; Pflingsten et al., 2001).

Vlaeyen et al. (1995) avaliaram a presença de medo do movimento/(nova) lesão em utentes com dor crónica de origem musculoesquelética, assim como a sua relação com o comportamento na exposição ao movimento. De acordo com os resultados, os indivíduos com um nível elevado de medo do movimento/(nova) lesão apresentam um nível elevado de comportamentos de evitamento/fuga, quando expostos a movimentos simples. Neste estudo verificou-se uma relação de associação negativa significativa e moderada entre os testes de movimento realizados pelos participantes e o respectivo medo do movimento

($r=-0.44$, $p<0.01$). No estudo de Crombez et al. (1999), cujo um dos objetivos era avaliar a relação entre o medo relacionado com a dor e o comportamento face ao movimento em utentes com DLC, os autores verificaram que a resposta aos testes de medo relacionado com a dor se correlacionava de forma negativa e significativa moderada com os testes de movimento/atividade. Neste estudo, os utentes com elevados níveis de medo do movimento/(nova) lesão apresentaram um comportamento de evitamento perante atividades como levantar um peso ($r=-0.49$, $p<0.01$) ou realizar flexão-extensão do tronco, com recurso a um aparelho para avaliação isocinética ($r=-0.40$, $p<0.01$).

Pfingsten et al. (2001) realizaram um estudo com utentes com DLCI para verificar se a antecipação de dor, induzida através de instrução verbal, e as crenças de medo-evitamento influenciam o comportamento perante uma atividade física. Os resultados revelaram que a expectativa de dor e as crenças de medo-evitamento estão relacionadas de forma significativa e negativa com a performance para a realização de atividades físicas. Tendo por referência o modelo de medo-evitamento do movimento, o baixo nível de desempenho na realização de atividades físicas, nomeadamente, o número reduzido de repetições do movimento de flexão do joelho contra resistência e a realização incompleta das amplitudes articulares ou de trabalho muscular realizado contra-resistência, são interpretados como comportamentos de evitamento (Pfingsten et al., 2001). Através de uma análise regressiva, a subescala de avaliação do medo-evitamento FABQ-Physical Activity (FABQ-PA) revelou-se preditiva do desempenho comportamental, tanto para o trabalho médio realizado (levantamento de peso), como para a amplitude de movimento, explicando as percentagens mais elevadas da variância, 26% e 15%, respetivamente (Pfingsten et al., 2001).

Em seguida, analisamos as relações entre as variáveis do modelo de medo-evitamento abordadas e a incapacidade, em utentes com DLC.

A catastrofização da dor tem sido significativamente associada à incapacidade em utentes com DLC (Boersma & Linton, 2005; Woby, Watson, Roach & Urmston, 2004; Cook, Brawer & Vowles, 2006). No estudo de Boersma e Linton (2005), em que se pretendeu analisar a relação de fatores psicossociais com a incapacidade, em utentes com DLC em diferentes fases de cronicidade, verificou-se que a catastrofização da dor se correlaciona negativa e significativamente com o construto função, apenas em utentes com DLC com

um a três anos e com mais de três de DLC ($r=-0.51$, $p<0.01$ e $r=-0.36$, $p<0.01$, respectivamente).

Woby et al. (2004), com o objetivo de avaliar a influência, entre outros, da catastrofização da dor na incapacidade em utentes com DLC, verificaram que a catastrofização da dor explica 5% da variância da incapacidade.

Crombez et al. (1999) e Peters et al. (2005) verificaram que o medo em relação à dor constitui um melhor fator preditivo da incapacidade do que a catastrofização da dor, em utentes com DLC. Ao relacionar a incapacidade com o medo da dor e com o medo do movimento/(nova) lesão, Crombez et al. (1999) verificaram associações positivas moderadas e significativas ($r=0.61$, $p<0.001$ e $r=0.53$, $p<0.01$, respectivamente).

Peters et al. (2005), ao analisarem a relação de fatores psicológicos e da intensidade de dor na incapacidade, em utentes com DLC, verificaram que a catastrofização da dor não tem um contributo significativo para a incapacidade, tendo sido removida do modelo hierárquico de análise de regressão. De acordo com o estudo, a intensidade da dor e o medo em relação à dor constituem os melhores fatores preditivos da incapacidade, em utentes com DLCI, explicando 17% e 4% da variância total da incapacidade autoreportada, respectivamente (Peters et al., 2005). Vários outros estudos demonstram que a intensidade de dor e o medo em relação à dor estão associados à incapacidade em utentes com DLC (Crombez et al., 1999; Woby et al., 2004; Cook, Brawer & Vowles, 2006; Sieben *et al.*, 2005; Boersma & Linton, 2005). Crombez et al. (1999) testaram a hipótese de que o medo em relação à dor pode ser mais incapacitante do que a intensidade de dor. Num primeiro estudo analisaram a associação entre os níveis de medo em relação à dor e os níveis de incapacidade autoreportada. Com base nos resultados obtidos, os autores postulam que o medo relacionado com a dor parece ser melhor fator preditivo de incapacidade (TSK: $\text{Exp}(\beta) = 0.47$, $p<0.01$; FABQ-PA: $\text{Exp}(\beta) = 0.40$, $p<0.05$; FABQ-Work: $\text{Exp}(\beta) = 0.57$, $p<0.01$) do que a intensidade de dor ($\text{Exp}(\beta) < 0.25$), validando a hipótese inicial de que o medo em relação à dor é mais incapacitante do que a própria dor, em utentes com DLC (Crombez et al. 1999). Ao efetuar outro estudo com outra amostra, mas no mesmo âmbito de investigação, os autores verificaram que ambas as variáveis se associavam de forma positiva e significativa moderada à incapacidade autoreportada ($r=0.52$, $p<0.01$, para a intensidade de dor e $r=0.43$, $p<0.01$, para o medo em relação à dor) (Crombez et al. 1999). No estudo de Woby et al. (2004), já referido anteriormente, os autores verificaram que a

intensidade de dor explica 24% da variância da incapacidade autoreportada. Relativamente às crenças de medo-evitamento em relação ao trabalho (avaliadas com o FABQ-Work) e às crenças de medo-evitamento em relação à atividade física (avaliadas com o FABQ-PA), estão independentemente associadas aos níveis de incapacidade, representando, respetiva e adicionalmente, 7% e 19% da variância dos níveis de incapacidade autoreportada. Posto isto, utentes com níveis elevados de intensidade de dor e de crenças de medo-evitamento apresentam níveis elevados de incapacidade, constituindo a intensidade de dor e as crenças de medo-evitamento em relação à atividade física, preditores significativos da incapacidade.

Cook, Brawer e Vowles (2006) verificaram, igualmente, que há uma correlação positiva e significativa moderada entre a intensidade de dor e a incapacidade ($r=0.41$, $p<0.001$), e entre o medo em relação à dor e a incapacidade ($r=0.39$, $p<0,001$), em utentes com DLC. Num estudo para testar a hipótese de que o medo em relação à dor, ou cinesiofobia, em utentes com dor lombar aguda, prediz a incapacidade a longo prazo, Sieben et al. (2005) postulam que a intensidade de dor constitui um melhor factor preditivo da incapacidade do que o medo em relação à dor. Ao associar as variáveis catastrofização da dor, crenças negativas em relação à dor e cinesiofobia, em diferentes graus de cronicidade e incapacidade, as relações de associação mostraram-se positivas e fracas. Nos momentos iniciais do estudo, a intensidade de dor, a cinesiofobia e o evitamento da atividade associaram-se significativamente e de forma positiva fraca a moderada à incapacidade ($r=0.50$, $p<0.05$, $r=0.28$, $p<0.05$ e $r=0.41$, $p<0.05$, respetivamente), mas estas associações tenderam a enfraquecer nos períodos de *follow-up* ($r=0.13$, $r=-0.07$ e $r=0.26$, $p<0.05$, respetivamente, aos seis meses de *follow-up* e $r=0.14$, $r=0.09$ e $r=0.25$, $p<0.05$, aos 12 meses de *follow-up*, respetivamente) (Sieben et al., 2005). Os resultados deste estudo não contribuem para a validade longitudinal do modelo de medo-evitamento, uma vez que não suportaram os pressupostos do modelo que explicam a transição da dor aguda para a dor crónica e a sua perpetuação. Os autores sugerem que o modelo de medo-evitamento pode ser insuficiente para explicar a transição da DLA para a DLC, pelo que devem realizar-se estudos prospetivos para a inclusão de outras variáveis e/ou modelos coexistentes que possam explicar a transição para a cronicidade (Sieben et al., 2005).

Boersma e Linton (2005) verificaram que a intensidade de dor atual é um fator preditivo dos níveis de incapacidade, em utentes com DLC há menos de um ano ($R^2 = 0.52$, $p=0.0001$) e com um a três anos de duração ($R^2=0.39$, $p=0.05$).

Os autores constataram que a correlação tende a ser menor ao longo do tempo e que a intensidade da dor está significativamente correlacionada com a depressão, em utentes com DLC com menos de um ano de duração. No que se refere ao medo em relação à dor, os autores constataram que a associação desta variável com a incapacidade se torna mais forte ao longo do tempo. De acordo com os resultados, o medo em relação à dor não explica a variância da incapacidade no grupo com DLC há menos de um ano, mas explica nos grupos com um a três anos ($R^2=0.46$) e mais de três anos de duração de DLC ($R^2=0.46$). Tais resultados sugerem que o tempo de duração da DLC pode ser um aspeto essencial na avaliação da relação entre os fatores psicológicos e os níveis de incapacidade (Boersma & Linton, 2005).

Reneman, Jorritsma, Dijkstra SJ & Dijkstra PU (2003) e, mais recentemente, Reneman et al. (2007), realizaram dois estudos cujo objetivo foi verificar as relações entre a intensidade de dor, o medo relacionado com a dor e o desempenho em relação ao trabalho (avaliado através de testes de avaliação da capacidade funcional), em utentes com DLCI. Os resultados indicaram que as correlações entre as diferentes variáveis são fracas ou inexistentes. Em 25 correlações estabelecidas entre a intensidade de dor, o medo em relação à dor e a performance, apenas sete foram significativas, pelo que a intensidade de dor e o medo em relação à dor parecem não explicar de forma significativa a incapacidade funcional em utentes com DLCI.

Numa revisão sistemática e metanálise acerca da associação entre os níveis de atividade física e a incapacidade em utentes com DLCI, Lin et al. (2011) verificaram que os estudos analisados apontam para uma associação negativa e significativa fraca entre as variáveis ($r = -0.33$, 95% Intervalo de Confiança (IC): -0.51 a 0.15). Os resultados deste estudo revelam que os utentes com DLCI que apresentam níveis elevados de incapacidade tendem a apresentar níveis baixos de atividade física (Lin et al. 2011).

Resumindo, vários estudos indicam que os fatores psicológicos do modelo de medo evitamento, como a catastrofização da dor, o medo relacionado com a dor e as crenças de medo-evitamento, e os consequentes comportamentos de hipervigilância e evitamento da atividade, constituem fatores preditivos de incapacidade funcional, em utentes com DLC. Por outro lado, outros estudos apresentam resultados díspares e contraditórios que colocam em causa as relações estabelecidas no modelo de medo-evitamento, assim como a sua

própria validade. Ainda assim este é um dos modelos teóricos mais referido e sustentado pela literatura para explicar o comportamento dos utentes com DLC.

Ainda de acordo com as relações estabelecidas no modelo de medo - evitamento, um comportamento de evitamento prolongado conduz à diminuição dos níveis de atividade física, ou seja, ao desuso, provocando dessa forma alterações do sistema musculoesquelético e cardiovascular que resultam numa diminuição de desempenho em atividades sub-máximas (Verbunt et al. 2003a). Os aspectos relacionados com o desuso em utentes com DLC têm sido estudados e encontram-se aprofundados no Modelo da Síndrome do Desuso, proposto por Verbunt et al. (2003a), que abordamos em seguida.

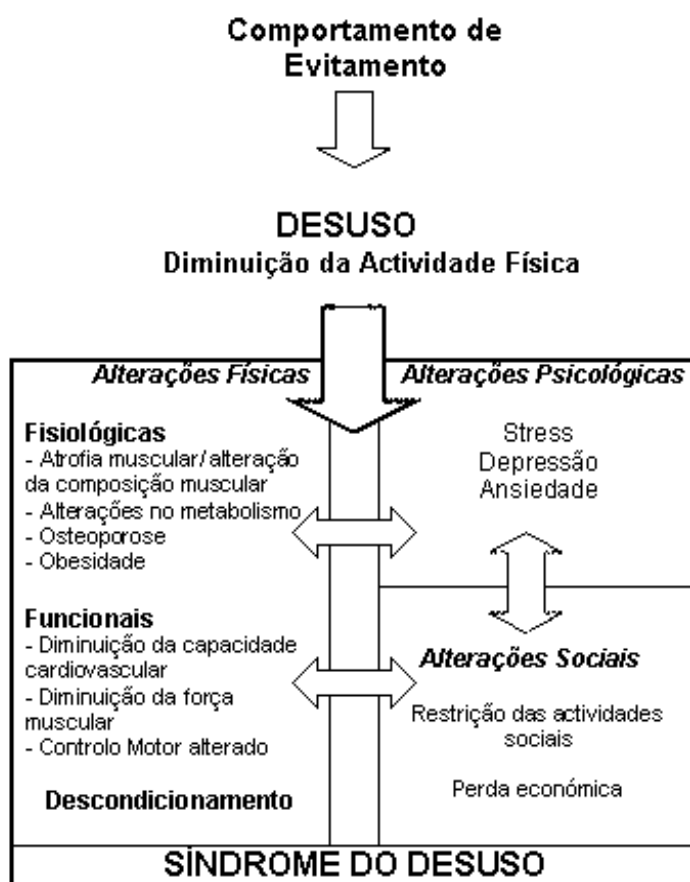
4.2. Modelo da Síndrome do Desuso

No Modelo de medo-evitamento, o desuso está relacionado com o comportamento de evitamento, surgindo, simultaneamente, como consequência e fator contribuinte da DLC, perpetuando-a (Vlaeyen & Linton, 2000). O termo desuso refere-se a uma atitude comportamental de atividade física diária reduzida, que conduz à inatividade (Verbunt et al. 2003a). O termo “Síndrome do Desuso” compreende os efeitos fisiológicos e psicossociais num indivíduo que desenvolve um desuso prolongado (Verbunt et al. 2003a). Um nível de atividade física (NAF) adequado é definido, de acordo com Verbunt et al. (2001), como a capacidade para realizar tarefas diárias com vigor e agilidade, sem fadiga indevida, e com energia suficiente para atividades de lazer e para responder a exigências físicas acima da média, em caso de emergência.

De acordo com o Modelo da Síndrome do Desuso (Figura 2), a manutenção do comportamento de evitamento e o conseqüente desuso prolongado, para além de conduzir à incapacidade funcional, pode resultar em descondicionamento, ou seja, na deterioração gradual das qualidades físicas⁷ (Leeuw et al., 2007).

⁷ As qualidades físicas designam capacidades que podem ser divididas em dois grupos de classificação: as capacidades que dependem essencialmente de factores fisiológicos: Força, Resistência, Flexibilidade e Velocidade, e as que dependem da conjugação das primeiras e/ou dos mecanismos de controlo da atividade motora: Coordenação, equilíbrio, agilidade, ritmo, capacidade cardiovascular, velocidade de reacção, equilíbrio, composição corporal (Verbunt *et al.* 2003a).

Figura 2 – Modelo da Síndrome do desuso: consequências da inatividade prolongada (adaptado de Verbunt et al. 2003a).



A presença do desuso e consequente descondicionamento nos utentes com DLCI tem sido assumida pela literatura. Ainda assim, estudos científicos têm mostrado resultados contraditórios a esse nível (Verbunt et al. 2001; Verbunt et al. 2003a; Verbunt et al. 2003b; Bousema et al. 2007; Smeets, van Geel & Verbunt, 2009), tornando inconsistente a presença de desuso em utentes com DLCI (Leeuw et al. 2007). Por exemplo, num estudo cujo objetivo foi analisar a presença de desuso em indivíduos com DLCI, Verbunt et al. (2001) verificaram que o nível médio de atividade dos utentes com DLCI não difere significativamente do nível médio de atividade em indivíduos saudáveis, havendo uma forte correlação entre os valores obtidos em ambos os grupos ($r=0.72$, $p=0.01$).

Verbunt et al. (2003b) testaram a hipótese de que o medo de lesão está relacionado com a incapacidade e o descondicionamento, em utentes com DLCI. Para avaliar o descondicionamento, os investigadores aplicaram um teste de avaliação da capacidade aeróbia, recorrendo à medição do consumo de oxigénio na realização de um exercício submáximo, devidamente protocolado. De acordo com os resultados, o medo de lesão

(medido com o TSK) está positiva e significativamente relacionado com a incapacidade (avaliada com o RDQ) em utentes com DLCI ($r=0.44$, $p<0.01$), mas não significativamente relacionado com a capacidade aeróbia. Posto isto, o estudo não confirma a hipótese de que o medo conduz ao descondicionamento, como é proposto pelos Modelos de medo-evitamento e de Síndrome do desuso.

Bousema et al. (2007) realizaram um estudo coorte longitudinal, com duração de um ano, em utentes com dor lombar subaguda, cujo um dos critérios de exclusão era a causa da dor ser conhecida. Os autores tinham como objetivos, no final de um ano de estudo: (1) testar a hipótese de que o desenvolvimento de DLCI conduz ao desuso, (2) avaliar o desenvolvimento do descondicionamento físico como resultado do desuso e (3) avaliar fatores preditivos do desuso na DLC. Um ano após o episódio de dor lombar, 67.9% dos utentes do follow-up desenvolveram cronicidade e apresentaram, em média, um aumento significativo do nível de atividade (19.7%, $p = 0.02$) (Bousema et al. 2007). Os autores verificaram, ainda, que nenhuma variável relacionada com a condição física (força muscular e composição corporal) diminuiu significativamente ao longo do tempo, mesmo nos utentes em que o nível de atividade física diminuiu durante o ano em estudo. Os indivíduos com DLCI mostraram um aumento do valor médio de força, de 2.3 Nm⁸/Kg para 2.5 Nm/Kg, $p<0.05$, e uma diminuição do valor médio de massa gorda de 31.1% para 30.9%, após um ano da primeira avaliação (Bousema et al., 2007). Deste modo, não se verificaram associações positivas e significativas entre a DLCI e o desuso, assim como entre o desuso e o descondicionamento.

Smeets et al. (2009) compararam a capacidade aeróbia em utentes com DLC e em indivíduos saudáveis, e avaliaram o quanto os fatores do modelo de medo-evitamento e da síndrome do desuso estão associados com a diminuição da capacidade aeróbia em utentes com DLC. De acordo com os resultados, a maioria dos utentes com DLC com incapacidade associada, apresentam um nível de atividade física nos tempos livres e no trabalho/ trabalho doméstico menor que os indivíduos saudáveis, assim como descondicionamento, revelando um nível de capacidade aeróbia inferior. Contudo, esta relação não se associa com o medo-evitamento (Smeets et al. 2009). Segundo os resultados do estudo, os utentes que interromperam os testes de capacidade aeróbia precocemente por fadiga ou dor, apresentavam elevados níveis de dor e incapacidade e um

⁸ Newton-metro

menor nível de atividade física, comparativamente aos que completaram o teste. Fatores relevantes do modelo de medo-evitamento, como a catastrofização da dor, evitamento da atividade e depressão, não diferiram significativamente entre os dois grupos. De acordo com os resultados, a redução do nível de atividade é um fator importante no desenvolvimento do descondicionamento, mas parece não estar associada significativamente ao evitamento por medo em relação à dor (Smeets et al. 2009).

Leeuw et al. (2007) realizaram uma revisão de literatura acerca da evidência das relações entre os fatores que constituem o modelo de medo-evitamento e os que constituem o modelo da síndrome do desuso. Segundo os autores, estudos têm verificado a existência de níveis de força muscular menores em utentes com DLC comparativamente a indivíduos saudáveis (Kramer et al., 2005; Verbunt et al., (2005 citados por Leeuw et al. 2007). De acordo com Smeets et al., (2006 citados por Leeuw et al. 2007), as diferenças nos valores de força podem dever-se à performance dos indivíduos com DLC para a realização de atividades submáximas, podendo apresentar medo em relação à dor.

Resumindo, há estudos que indicam níveis similares de condição física entre utentes com DLC e indivíduos saudáveis, e estudos que indicam diferenças a este nível entre ambos os grupos. Por outro lado, quando presentes, o desuso e o descondicionamento em utentes com DLC não apresentam uma relação linear e positiva significativa com as crenças de medo-evitamento ou com os comportamentos de evitamento.

Assim, os pressupostos do Modelo de medo-evitamento e do Modelo da síndrome do desuso parecem aplicar-se apenas a um subgrupo restrito de utentes com DLCI (Vlaeyen & Morley, 2004), pelo que não se tem conseguido explicar o surgimento da incapacidade em todos os utentes com DLCI, através destes Modelos. Por exemplo, de acordo com Bousema et al. (2007), alguns utentes com DLCI parecem lidar com a sua dor de forma a manter a atividade diária num nível próximo do normal, apesar da dor e limitações percebidas, tendo um comportamento de persistência ou de níveis de atividade excessivos em relação à atividade. Deste modo, nem todos os utentes reduzem a atividade como é pressuposto nos Modelos anteriormente referidos, sendo por isso importante o estudo de outros comportamentos de resposta à dor e incapacidade por parte destes utentes. Nesse sentido, abordamos em seguida o modelo de evitamento-endurance, que surgiu como

resposta explicativa dos comportamentos de persistência adquiridos por alguns utentes com DLCI.

4.3. Modelo de Evitamento-Endurance

O modelo de evitamento-endurance foi apresentado por Hasenbring, Marienfeld, Kuhlendahl & Soyka (1994).

Estes autores verificaram a existência de um subgrupo de utentes com dor aguda específica (radicular ou por prolapso/protrusão de disco) com tendência a lidar com a dor recorrendo a estratégias de persistência/ níveis de atividade excessivos (Hasenbring et. al. 1994). De acordo com Hasenbring et al., (1999 citados por Bousema et al., 2007), utentes com dor ciática aguda pareciam ignorar a dor e sobrecarregar os músculos (níveis de atividade excessivos) durante a realização de uma atividade, o que resultava em hiperatividade muscular que, a longo prazo, poderia conduzir a DLC.

Segundo Hasenbring (2000), o modelo de evitamento-endurance assume a existência de três tipos de pensamentos/attitudes em relação à dor, que conduzem à cronicidade: (1) os pensamentos de catastrofização, (2) os pensamentos de supressão, através dos quais a pessoa tenta eliminar os pensamentos relacionados com a dor e divide a atenção entre a dor e a continuação das atividades e (3) os pensamentos de minimização, caracterizados pelo facto de o utente ignorar a dor. Tais attitudes traduzem-se em diferentes comportamentos dos utentes com DLC em relação à atividade: comportamento de evitamento e comportamento supressivo.

O comportamento de evitamento resulta dos pensamentos de catastrofização, associando-se ao medo e à redução da atividade (Hasenbring, 2000). Os utentes com DLC que têm este comportamento designam-se “*avoiders*” e, tal como é defendido pelos modelos de medo-evitamento, evitam atividades das quais esperam um aumento de dor ou lesão, resultando em desuso, descondicionamento e incapacidade (Verbunt et al. 2003a).

O comportamento supressivo advém dos pensamentos de supressão e minimização, associando-se à irritabilidade, depressão, hiperatividade muscular e cronicidade (Hasenbring, 2000). Os utentes com este comportamento designam-se persistentes. Estes utentes insistem na execução das atividades, apesar da dor, até que a intensidade de dor os obrigue a parar (pensamentos supressivos) ou até as atividades estarem concluídas, ignorando a dor (pensamentos de minimização). Quando a dor cessa ou a frustração da

inatividade os estimula a retomar as atividades, os utentes voltam a insistir na execução das mesmas e assim sucessivamente (Harding & Williams, 1998; Verbunt et al. 2003a). O comportamento supressivo conduz à sobrecarga dos músculos e consequente hiperatividade muscular. Esta hiperatividade muscular, a longo prazo, pode, eventualmente, contribuir para o desenvolvimento da cronicidade (Verbunt et al, 2003a). Com efeito, o modelo de evitamento-endurance sugere que uma atitude excessivamente positiva em relação à atividade pode considerar-se um fator de risco para níveis de atividade excessivos e consequente incapacidade associada (Vlaeyen & Morley, 2004). A longo prazo, ambos os comportamentos, evitamento e persistência, resultam num baixo nível de atividade física, conduzindo às alterações físicas propostas no modelo da síndrome do desuso (Hasenbring et al.(1994, citados por Verbunt et al. 2003a).

Turk & Rudy (1987 citados por Vollenbroek-Hutten et al. 2004), colocaram a hipótese de que os utentes com DLC constituem um grupo heterogéneo, que pode dividir-se em vários subgrupos, consoante a forma como se comportam face à sua condição clínica. Por exemplo, Airaksinen et al (2006) verificaram que há utentes que mantêm a funcionalidade normal apesar da DLC e utentes que se apresentam severamente incapacitados pela persistência da dor. Vários são os autores que defendem que os utentes com DLC apresentam padrões de atividade distintos que influenciam de forma central o desenvolvimento e perpetuação da dor crónica (Vlaeyen & Morley, 2004; Hasenbring, Plaas, Fischbein & Willburger, 2006; Huijnen et al. 2010; Kindermans, Roelofs et al., 2011), pelo que é essencial identificar os diferentes padrões de atividade nestes utentes.

Para além dos padrões de evitamento e de persistência, estudos recentes acerca da DLC referem outros padrões de atividade. Num estudo com o objetivo de caracterizar o comportamento dos utentes com DLCI em relação ao desempenho das suas atividades, Huijnen et al. (2010) verificaram que há um elevado número de utentes com um padrão de atividade misto, ou seja, com elevados níveis de comportamentos de evitamento e de persistência. Kindermans, Roelofs et al. (2011), num estudo acerca dos padrões de atividade e da sua relação com a incapacidade, em utentes com dor músculoesquelética crónica, identificaram seis padrões de atividade distintos: evitamento da dor, evitamento da atividade, persistência contingente com a tarefa, persistência excessiva, persistência contingente com a dor e padrão de ritmo (Kindermans, Roelofs et al., 2011). O padrão de ritmo é caracterizado por baixos níveis de evitamento e de persistência, sendo que as

estratégias de ritmo podem incluir: dividir as tarefas em partes mais pequenas, fazer intervalos pequenos frequentes, acelerar ou abrandar o ritmo de atividade, manter um ritmo lento ou usar um cronómetro para controlar o tempo de surgimento de dor numa atividade (Nielson, Jensen & Hill, 2001).

McCracken e Samuel (2007) consideram que os utentes podem adotar múltiplas estratégias comportamentais em vez de se restringirem a um padrão de atividade, pelo que consideram que devem estudar-se agrupamentos de padrões de atividade distintos.

Ao analisar os níveis de atividade física em diferentes subgrupos de utentes com DLCI, Huijnen et al. (2010) verificaram que os indivíduos persistentes apresentam um maior tempo de atividade que os “*avoiders*”, na medida em que adiam o tempo de repouso, forçando-se a terminar as atividades a que se propõem (Verbunt et al, 2003a). Contudo, apresentam flutuações dramáticas do nível de atividade física (NAF) ao longo do tempo, por reação à dor (Birkholtz et al., 2006 citados por Huijnen et al, 2010). Murphy, Lindsay e Williams (1997) referem-se a este comportamento como o comportamento do “tudo ou nada”, representando um ciclo de elevada/ reduzida atividade que se observa em muitos utentes com dor crónica. Huijnen et al. (2010) não conseguiram confirmar, com precisão, a existência de um nível de atividade física significativamente menor nos “*avoiders*” relativamente aos “*persistentes*”, uma vez que a acelerometria não permite registar detalhes suficientes que diferenciem os vários tipos de atividades, o que constitui uma limitação para a análise do tipo de atividades e posturas específicas que os utentes realizam ou evitam. Os autores especulam apenas que, em consonância com o Modelo de medo-evitamento, os “*avoiders*” estão especialmente propensos a evitar atividades específicas ou posturas das quais têm medo que agravem a dor; ao realizarem atividades das quais não têm medo, os “*avoiders*” podem apresentar um nível médio de atividade equivalente ao dos “*persistentes*” (Huijnen et al., 2010). McCracken e Samuel (2007) verificaram que o tempo de manutenção na posição de pé e o tempo de marcha autoreportados nos utentes “*avoiders*” eram menores do que nos utentes com padrões de “*persistência*”. Contudo, não existem valores de referência para o tempo de atividade diária em indivíduos saudáveis, sendo recomendada a sua investigação (Huijnen et al. 2010).

No que se refere à relação entre o nível de atividade e a intensidade de dor nos diferentes subgrupos, não parece verificar-se uma relação de associação significativa no subgrupo dos “*avoiders*”, mas verifica-se no subgrupo dos “*persistentes*” (Huijnen et al. 2010). As relações de associação positivas entre os níveis de atividade diária autoreportados e os

níveis de intensidade de dor nestes utentes podem dever-se, segundo os autores, a diferentes razões. Huijnen et al. (2010) afirmam que os “persistentes”, ao ignorarem a dor durante a realização das atividades, com o objetivo de as concluir, poderão, no final, apresentar um maior nível de dor. Por outro lado, os próprios utentes, ao verificarem um aumento da sua dor, podem concluir que esta seja causada por terem sido mais ativos no período anterior (Huijnen et al. 2010).

Seguidamente, abordamos as relações que têm sido estudadas entre os padrões de atividade e a incapacidade, em utentes com DLC.

De acordo com Vlaeyen & Morley (2004) e Bousema et al. (2007), o facto do padrão de persistência ser caracterizado por níveis acentuados de flutuação da atividade, conduz a efeitos prejudiciais para a funcionalidade. Alguns estudos têm testado e confirmado a hipótese de que há uma relação positiva entre os comportamentos de persistência e a incapacidade (Huijnen et al. 2010; Kindermans, Roelofs et al. 2011). Contudo, a este nível, a evidência ainda é pouco conclusiva e, de acordo com McCracken e Samuel (2007), os poucos estudos válidos existentes têm revelado que o comportamento de persistência se associa a níveis reduzidos de incapacidade.

Kindermans, Roelofs et al. (2011) verificaram que os padrões de persistência excessiva e de evitamento da atividade são os que mais favorecem o surgimento de incapacidade. O padrão de persistência contingente com a atividade parece ser o que menor relação apresenta com a incapacidade (Kindermans, Roelofs et al. 2011). De acordo com McCracken & Samuel, (2007), os utentes com elevados níveis de comportamentos de evitamento e os utentes com elevados níveis quer de evitamento quer de persistência, são os grupos menos funcionais. Contudo, as consequências negativas de ter um padrão de atividade único permanecem pouco claras (McCracken & Samuel, 2007).

Huijnen et al. (2010) verificaram que os subgrupos que apresentavam um comportamento de evitamento (“*avoiders*”), de persistência ou misto demonstravam um maior nível de incapacidade autoreportada, comparativamente ao subgrupo de utentes com um comportamento de ritmo, também designados por utentes funcionais. No subgrupo de utentes com comportamento misto constataram-se elevados níveis de medo do movimento, intensidade de dor e incapacidade, e um baixo nível de atividade autoreportada, em comparação com o subgrupo dos utentes funcionais, parecendo ser um subgrupo tão

disfuncional como os “*avoiders*” ou os persistentes. Os utentes do subgrupo misto persistem ou evitam atividades de uma forma contextodependente (Huijnen et al. 2010), sendo caracterizados por apresentarem elevados níveis de persistência e de evitamento. McCracken e Samuel (2007) verificaram, igualmente, níveis mais elevados de intensidade de dor e incapacidade no subgrupo misto do que no subgrupo funcional.

Ao contrário dos comportamentos de evitamento, persistência e misto, o comportamento de ritmo ou funcional tem sido apresentado com uma estratégia comportamental adaptativa e elemento chave em programas de gestão da dor (Birkholtz et al. 2004 e Philips & Rachman, 1996, citados por Kindermans, Roelofs et al. 2011). Embora haja alguma discussão em torno da definição deste padrão (Gill & Brown, 2009 citados por Kindermans, Roelofs et al. 2011), espera-se que, tal como foi concetualizado por Nielson, Jensen & Hill (2001), esteja associado a níveis reduzidos de incapacidade (Kindermans, Roelofs et al. 2011). Contudo, apesar da aceitação geral do padrão de ritmo como um comportamento funcional, e dos primeiros estudos revelarem que este se relaciona com baixos níveis de incapacidade (Nielson, Jensen & Hill, 2001), tais resultados não têm sido verificados em estudos recentes (McCracken & Samuel, 2007; Karsdorp & Vlaeyen, 2009).

Os resultados díspares e inconclusivos merecem investigações mais aprofundadas acerca dos padrões de atividade em utentes com DLC, nomeadamente acerca do padrão de ritmo, da forma como este é operacionalizado e das suas relações com a incapacidade (Kindermans, Roelofs et al. 2011). Além disso, é necessária a aplicação de instrumentos válidos e adequados para cada subgrupo de utentes, na medida em que o impacto funcional de alguns padrões poderá ser mais difícil de avaliar, comparativamente a outros (Huijnen et al. 2010). Segundo os investigadores, os questionários de avaliação da incapacidade que têm vindo a ser desenvolvidos, estão mais direcionados para a incapacidade relacionada com o evitamento do que para a incapacidade relacionada com a persistência, como são exemplo alguns itens do questionário *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ): “Eu evito atividades pesadas por causa das minhas costas”, “Eu estou sentado a maior parte do dia, por causa das minhas costas” e “Por causa das minhas costas, eu deito-me a descansar a maior parte do tempo”. Apesar dos utentes com características de persistentes continuarem a realizar as atividades funcionais referidas anteriormente, podem sentir-se incapazes de realizar atividades físicas e/ou sociais.

Surge, então, a importância de identificar padrões de atividade em utentes com DLC, utilizando para tal, instrumentos válidos que considerem os diferentes padrões de atividade em utentes com DLC. Nesse sentido, abordamos em seguida o instrumento “*Patterns of Activity Measure-Pain*” (POAM-P), que avalia os padrões de atividade em utentes com DLC.

5. INSTRUMENTAÇÃO

Considerando a diversidade de padrões de atividade que os utentes com DLC podem adotar, e o seu impacto no nível de incapacidade autoreportado, a identificação destes padrões, através de instrumentos de medida válidos, parece essencial. Do ponto de vista clínico, permite conhecer o perfil comportamental relativamente ao movimento e atividade, adequar os objetivos e plano de tratamento, e reavaliar sistematicamente a efetividade da intervenção. Do ponto de vista da investigação permite estudar possíveis associações com outras medidas de resultados, tais como a dor e a incapacidade ou medir o impacto de intervenções específicas.

Não existem instrumentos validados para a população portuguesa que avaliem os padrões de atividade de utentes com DLC, ou seja, o modo como os utentes lidam com as atividades perante a dor (por exemplo, se realizam uma atividade toda de uma vez, se a dividem em pequenas partes, fazendo intervalos para descansar, ou se simplesmente evitam realizar as atividades, atuando passivamente).

O *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK) é um instrumento adaptado e validado para a população portuguesa (Cordeiro, Pezarat-Correia, Gil & Cabri, 2011), que avalia o nível de medo em relação à dor (cinesiofobia) em utentes com dor crónica, pelo que é útil a sua aplicação em utentes com padrão de evitamento. Contudo, este instrumento revela-se redutor ao direccionar-se apenas para os utentes que apresentam crenças e medo da dor, movimento/nova lesão. Para os indivíduos com DLC que não apresentam cinesiofobia e realizam as suas atividades diárias apesar da dor, não é possível, através do TSK, avaliar a forma como executam as atividades ou lidam com a dor. Assim, a existência de um instrumento adaptado à população portuguesa que avalie os padrões de atividade, não só dos utentes que evitam o movimento, mas também daqueles que apresentam outros padrões, é essencial. Decidiu-se por isso, adaptar e validar o instrumento *Patterns of Activity Measure – Pain* (POAM-P), que permite identificar padrões de evitamento, persistência e ritmo em utentes com dor crónica.

5.1. Escala *Patterns of Activity Measure-Pain* (POAM-P)

O instrumento de medida *Patterns of Activity Measure- Pain* (POAM-P) (Anexo I) foi criado por Cane et al. (2007 citados por Kindermans et al., 2009), com o objetivo de

medir padrões de atividade em utentes com dor crónica. Constitui um questionário de auto-preenchimento de 30 itens, correspondendo cada item a uma afirmação acerca da forma como os utentes realizam habitualmente as suas atividades regulares da vida diária. Aos participantes cabe assinalar o quanto se identificam com cada afirmação, numa escala de cinco pontos, que varia de 0 (nunca) a 4 (sempre). Para análise dos resultados, os itens são divididos em três subescalas de 10 itens cada: subescala “*avoidance*” (i.e. evitamento), subescala “*overdoing*” (i.e. persistência) e subescala “*pacing*” (i.e. ritmo). Em cada subescala obtém-se uma pontuação total resultante da soma das pontuações de cada item, podendo variar de 0 a 40. A subescala que apresentar o maior valor numérico traduzirá o padrão de atividade do utente participante: padrão de evitamento, padrão de persistência ou padrão de ritmo, respetivamente (Anexo 1).

Os utentes são classificados como “*avoiders*”, “persistentes”, “mistos” ou “funcionais”, com base na pontuação obtida no POAM-P, de acordo com os seguintes critérios:

- Os utentes que apresentem uma pontuação acima de 20 na subescala de evitamento, ou acima de 10 na subescala de evitamento e abaixo de 10 na subescala de persistência, são classificados como “*avoiders*”.
- Os utentes com uma pontuação acima de 20 na subescala de persistência ou acima de 10 nesta subescala e abaixo de 10 na subescala de evitamento, são definidos como persistentes.
- Quando os utentes apresentam uma pontuação inferior a 10, tanto da subescala de evitamento como da subescala de persistência, são definidos como funcionais.
- Se apresentam uma pontuação acima de 10 em ambas as subescalas são definidos como utentes mistos (Huijnen et al., 2010).

Até ao momento, conhece-se a realização de um estudo de adaptação transcultural da POAM-P original (língua inglesa) para uma versão holandesa do instrumento (Kindermans et al. 2009). Estes autores, além da adaptação para a língua e cultura

holandesa, realizaram uma análise factorial da escala e analisaram propriedades psicométricas da POAM-P, etapas que abordaremos mais adiante.

5.2. Avaliação das Propriedades Psicométricas

A utilização de instrumentos de medida de autopreenchimento, ou seja, preenchidos diretamente pelo utente, tal como o POAM-P, tem vindo a aumentar na área da saúde, considerando-se actualmente uma parte importante da avaliação clínica do utente (Frost et al., 2007). A informação reportada pelos utentes através destes instrumentos reflete o impacto de *outcomes* como a intensidade dor e/ou a perda de funcionalidade, segundo a perspectiva do utente. De acordo com Frost et al. (2007), os *outcomes* autoreportados pelos utentes são especialmente significativos na área da saúde, sendo a sintomatologia, função e bem estar do utente áreas primordiais de avaliação. Ao refletir a sua perspectiva da condição clínica, as respostas dos utentes têm potencial para facilitar o envolvimento nas tomadas de decisão e orientar as decisões dos profissionais de saúde.

A capacidade de um instrumento de autopreenchimento poder contribuir, quer para a avaliação da condição do utente, quer para a investigação clínica, baseia-se nas suas propriedades psicométricas (Frost et al., 2007), constituindo a validade e a fiabilidade propriedades psicométricas essenciais de qualquer instrumento de medida. Embora interligadas, a fiabilidade e a validade são propriedades psicométricas distintas. Um instrumento que não é fiável, por definição, não pode ser válido (Frost et al., 2007). Além disso, as medidas podem ser altamente fiáveis e não ser válidas, ou seja, não medir o que se propõem medir. Logo, a fiabilidade é necessária, mas não suficiente para a determinação da validade de um instrumento (Frost et al., 2007).

5.2.1 Fiabilidade

A fiabilidade é, em geral, a primeira propriedade psicométrica avaliada num instrumento de medida (Frost et al., 2007), designando a precisão e a constância dos resultados que uma medida fornece. O instrumento é fiável se, nas mesmas condições de medição, apresenta resultados idênticos em cada aplicação (Fortin, 2000; Mokkink et al., 2010).

De acordo com a taxonomia recentemente proposta por Mokkink et al. (2010), a

fiabilidade contém três propriedades de medida: a consistência interna, a fiabilidade, que inclui a fiabilidade teste-reteste, fiabilidade intra-observador e fiabilidade inter-observador, e o erro de medida. Neste estudo, e para fins do estudo da Fiabilidade da POAM-P, será avaliada a estimativa da Consistência Interna e a Fiabilidade Teste-Reteste. A Fiabilidade e o Erro de Medição inter-observador e intra-observador não constituem objeto de análise, uma vez que o POAM-P é um instrumento de auto-relato, sem necessidade de recorrer a um avaliador externo, logo, este não constitui uma fonte de erro de precisão.

No entanto, e embora os valores da consistência interna sejam usualmente utilizados para aferir os atributos do mesmo construto, neste caso, as diferentes subescalas da POAM-P, as normas orientadoras da COSMIN (Mokkink et al., 2010) sugerem a realização da Análise Factorial prévia, de forma a verificar se a estrutura factorial do instrumento assente em três subescalas se mantém válida numa amostra de utentes portugueses com dor lombar crónica inespecífica (Mokkink et al., 2010). Este aspecto assume ainda maior relevância, uma vez que a POAM-P é uma escala recente e ainda com poucos estudos realizados acerca do seu comportamento psicométrico. Assim, e com base no resultado da análise factorial, a consistência interna pode ser analisada em cada componente obtida e no geral do instrumento de medida (DeVon et al., 2007), para além de constituir um requerimento fundamental da validade de construto (Streiner & Norman, 2008).

Em seguida, abordamos individualmente as propriedades psicométricas incluídas na dimensão fiabilidade que iremos avaliar no nosso estudo, nomeadamente, a consistência interna e a fiabilidade teste- reteste.

5.2.1.1. Consistência Interna

A consistência interna estima a precisão de uma escala ao testar a homogeneidade dos seus itens (Fortin, 2000). É utilizada para estimar a fiabilidade em escalas com múltiplos itens, providenciando informação acerca de associações entre os mesmos (Frost et al., 2007). Igualmente importante é avaliar o quanto os itens de uma escala representam distintamente um construto mais do que qualquer outro construto relacionado (Frost et al., 2007).

A consistência interna é tipicamente avaliada através do coeficiente *alpha* de Cronbach (α) (Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002; Frost et al., 2007; Portney & Watkins, 2009), que varia entre 0 e 1 e permite estimar até que ponto cada item de uma escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. Vários estudos sugerem que um instrumento com uma boa consistência interna deve apresentar valores de correlação moderada entre os itens, variando entre 0.70 e 0.90 (Fortin, 2000; Frost et al. 2007; Portney & Watkins, 2009). Se os itens apresentam uma baixa correlação, possivelmente medem construtos diferentes. Se têm uma correlação elevada são, provavelmente, redundantes, e a validade de conteúdo da escala pode ser limitada (Portney & Watkins, 2009). Uma escala deve avaliar diferentes atributos do mesmo construto, pelo que os itens devem ser homogêneos (Portney & Watkins, 2009). Estatisticamente, se os itens de uma escala medem verdadeiramente o mesmo construto, devem correlacionar-se moderadamente uns com os outros (correlação item a item) e com a escala total (correlação item-total).

A consistência interna das três subescalas da POAM-P foi avaliada pelos autores originais (Cane et. al., 2007) do instrumento (Tabela 1), apresentando valores de *alpha* de Cronbach que oscilam entre 0.86 e 0.94 (2011), o que revela uma boa a elevada consistência interna das três subescalas.

Tabela 1 – Valores de *alpha* de Cronbach das subescalas da POAM-P original (Cane et al., 2007)

Subescala	<i>alpha</i> de Cronbach (α)
Evitamento	.86
Persistência	.90
Ritmo	.94

n= 393

Os autores da versão original avaliaram, ainda, a correlação item-total das três subescalas da POAM-P (Tabela 2). A subescala de persistência apresenta uma correlação significativa e negativa fraca com a subescala de evitamento e uma correlação significativa e negativa moderada com as subescala de ritmo; a subescala de evitamento apresenta um correlação significativa e positiva fraca com a subescala

de ritmo (Tabela 2). Desse modo, verifica-se que as três subescalas medem, à partida, construtos diferentes, neste caso, padrões de atividade diferentes, que é o pretendido.

Tabela 2 – Valores de Pearson (r) para as correlações entre as subescalas da POAM-P original (Cane et al, 2007).

Subescalas	Evitamento	Persistência	Ritmo
Evitamento	----	-.31*	.25*
Persistência	-.31*	----	-.48*
Ritmo	.25*	-.48*	----

n= 393 *p < .01

Mais tarde, no estudo de adaptação transcultural e validação da POAM-P original para a versão holandesa (Kindermans et al., 2009) e, posteriormente, em estudos em que se aplicou a POAM-P para medição de padrões de atividade em utentes com dor crónica (Kindermans, Roelofs et al., 2011; Kindermans, Huijnen et al., 2011), os autores avaliaram também a consistência interna de subescalas da POAM-P. A versão holandesa do instrumento POAM-P (Kindermans et al., 2009) apresentou uma boa e elevada consistência das subescalas, com valores de *alpha* de Cronbach entre 0.80 e 0.94 (Kindermans et al., 2009 citados por Kindermans, Roelofs et al., 2011). Num outro estudo de Kindermans, Roelofs et al., (2011), as três subescalas apresentaram valores de *alpha* de Cronbach igualmente bons e elevados: 0.83 (subescala de persistência), 0.89 (subescala de evitamento) e 0.93 (subescala de ritmo). Kindermans, Huijnen et al., (2011) analisaram a consistência interna das subescalas de evitamento e de persistência e verificaram valores de *alpha* de Cronbach de 0.88 e 0.75, respetivamente, traduzindo uma boa consistência interna das subescalas.

5.2.1.2. Fiabilidade teste-reteste

A fiabilidade teste-reteste traduz a estabilidade de um instrumento de medida ao longo do tempo (Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002). Deste modo, o teste-reteste mede o grau de correlação dos resultados obtidos numa escala, em momentos diferentes e nas mesmas condições de medição (Fortin, 2000). Para avaliar esta propriedade aplica-se um instrumento de medida a uma amostra precisa, num determinado momento e aplica-se de novo o mesmo instrumento, num momento posterior ou em diferentes momentos posteriores, na mesma amostra. A fiabilidade

teste-reteste requer, no mínimo, duas aplicações do mesmo instrumento (Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002). O postulado em que se baseia a técnica de avaliação sustenta que a característica medida se mantém constante todas as vezes que se mede (Fortin, 2000). Uma boa fiabilidade teste- reteste de um instrumento de medida é um pré-requisito para a sua utilidade clínica e científica. Assim, conseguimos perceber se o instrumento avalia efectivamente o fenómeno a que se propõe, independentemente da situação ou estado do indivíduo no momento da utilização (Fortin, 2000). A determinação dos intervalos de tempo óptimos para a medição teste- reteste pode ser difícil (Frost et al., 2007), dependendo dos tipos de variáveis em estudo. O tempo entre a primeira e segunda aplicação do instrumento não deve ser tão curto que as respostas na segunda avaliação constituam simples memórias da primeira, nem deve ser tão longo para que uma verdadeira alteração do construto ocorra nesse intervalo de tempo (Frost et al., 2007; Terwee et al., 2007; Mokkink et al., 2010). Terwee et al. (2007) referem que, frequentemente, uma ou duas semanas é um tempo apropriado entre as avaliações. Contudo, pode haver razões que conduzam a outra decisão, pelo que não há um periodo de tempo concreto pré-estabelecido; deve-se apenas descrever e justificar o período de tempo escolhido (Terwee et al., 2007).

Para avaliar a fiabilidade teste-reteste recorre-se, em geral, a coeficientes de correlação, nomeadamente, ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r) (Fortin, 2000). O coeficiente obtido traduz a constância das respostas, variando de 0.00, para a ausência de correlação, a 1.00, para uma correlação perfeita. Se o coeficiente se aproxima de 1.00 significa que as medidas alteraram pouco entre a primeira e a segunda aplicação de um mesmo teste, o que indica que o instrumento mede a mesma característica ou fenómeno. Verifica-se o contrário quando a correlação se aproxima de 0.00 (Fortin, 2000). De acordo com Marôco (2011), uma correlação é considerada muito fraca se $r < 0.20$, fraca se $0.20 < r < 0.39$; moderada se $0.40 < r < 0.69$; forte se $0.70 < r < 0.89$ e muito forte, se $0.90 < r < 1$.

Contudo, as correlações são limitadas como coeficientes de fiabilidade, uma vez que são bivariadas, ou seja, apenas se podem correlacionar duas medidas ou dois avaliadores de uma vez (Portney & Watkins 2009). Dado que é frequentemente importante testar mais do que dois elementos da fiabilidade em simultâneo, a correlação não se revela um mecanismo eficiente para avaliar em pleno a fiabilidade

(Portney & Watkins 2009). Outra objeção ao uso da correlação como medida de fiabilidade baseia-se na definição estatística de fiabilidade: a correlação não pode separar os componentes da variância devido ao erro ou às diferenças verdadeiras num conjunto de dados. Deste modo, o coeficiente de correlação não é um verdadeiro coeficiente de fiabilidade. É mais preciso usar o quadrado do coeficiente de correlação (r^2), também designado coeficiente de determinação, para este propósito, dado que o r^2 reflete quanta variância de uma medida conta para a variância numa segunda medida. Ou seja, quanto da variância total num conjunto de dados é partilhada por duas medidas (a variância “verdadeira”) e quanto da variância total não é partilhada (variância erro). Ao correlacionar resultados verdadeiros com resultados observados num conjunto de dados, o r^2 pode constituir o coeficiente de fiabilidade (Portney & Watkins 2009).

De forma a ultrapassar as limitações da correlação como medida de fiabilidade, ultimamente tem sido recomendada a utilização do coeficiente de correlação intraclasse (CCI) (Portney & Watkins, 2009). Este método apresenta a proporção da variância total de medidas que se deve às “verdadeiras” diferenças entre os participantes (Streiner & Norman, 2008, citados por Mokkink et al., 2010). A expressão “verdadeiras diferenças” diz respeito à teoria clássica da fiabilidade, segundo a qual qualquer observação é composta por dois componentes: o resultado “verdadeiro” e o erro associado à observação (Streiner & Norman, 2008, citados por Mokkink et al., 2010). Portney e Watkins (2009) abordam, igualmente, a teoria clássica da fiabilidade, designando que, para cada medida ou resultado, há dois componentes: a componente verdadeira e a componente de erro. A primeira representa o valor real em condições ideais e infalíveis, e a segunda inclui todas as outras fontes de variância que influenciam o resultado de uma medida. A relação entre as componentes pode ser examinada estatisticamente em termos de variância (s^2). A variância total dos valores observados constitui a função da variância verdadeira entre os valores e a variância dos erros de medidas, ou variância erro.

A essência da fiabilidade baseia-se na quantidade de erro que está presente num conjunto de resultados. Uma medida é considerada tanto mais fiável quanto maior a proporção da variância total observada representativa da variância verdadeira. Uma vez que a fiabilidade se baseia na proporção da variância total observada atribuída ao

erro, para uma determinada variância erro, a fiabilidade é tanto maior quanto maior a variância total. Deste modo, quanto maior é a variância total, menor é o “peso” do fator erro no cálculo da fiabilidade (Portney & Watkins, 2009).

Existem três modelos de cálculo do CCI, de acordo com as condições de avaliação examinadores - sujeitos (Portney & Watkins, 2009). No Modelo 1, cada participante é avaliado por um conjunto diferente de examinadores, sendo estes completamente aleatórios. No segundo modelo, cada participante é avaliado pelo mesmo conjunto de examinadores, que são escolhidos aleatoriamente, ou seja, espera-se que sejam representativos da população de examinadores da qual são provenientes, e os resultados podem ser generalizados a outros examinadores com características semelhantes. No modelo 3 para obtenção do CCI, cada participante é avaliado com o mesmo conjunto de examinadores, mas esses examinadores representam apenas aqueles que são de interesse para o estudo (Portney & Watkins, 2009).

O modelo 2 é o modelo que iremos utilizar no âmbito deste estudo. De acordo com este modelo, cada participante é avaliado pelos mesmos avaliadores, nos diferentes momentos de avaliação. Tanto avaliadores como os indivíduos a participar, são escolhidos aleatoriamente, dentre a população de indivíduos em estudo à qual é destinado o instrumento de medida (Portney & Watkins, 2009). Além dos modelos, existem duas formas diferentes de expressar o CCI: (1) através de valores individuais de uma medida única e (2) através de valores médios das várias medidas. A apresentação do modelo e tipo de CCI selecionados é feita através do número do modelo seguido do número da forma, ambos entre parentesis (Portney & Watkins, 2009). No caso do presente estudo, usaremos uma medida única, pelo que recorreremos ao CCI (2,1). No modelo 2 utiliza-se o modelo de medidas repetidas da ANOVA, cujos resultados obtidos permitem a generalização para outros avaliadores e participantes (Portney & Watkins, 2009).

Tal como outros coeficientes de fiabilidade, o CCI varia entre 0.00 e 1.00 e calcula-se usando estimativas da variância obtidas através de uma análise de variância (Portney & Watkins 2009). De acordo com Portney e Watkins (2009), valores de fiabilidade acima de 0.75 indicam uma boa fiabilidade teste-reteste e valores abaixo de 0.75 correspondem a uma fiabilidade pobre a moderada. Frequentemente, há medidas clínicas cuja fiabilidade deve exceder os 0.90, para assegurar uma validade aceitável.

Contudo, tais linhas orientadoras não devem ser consideradas verdades absolutas: os investigadores e clínicos devem decidir os patamares no contexto dos resultados específicos avaliados e do grau de precisão aceitável para a medida em estudo (Portney & Watkins, 2009).

Para avaliação da fiabilidade teste-reteste, os autores da escala original da POAM-P aplicaram duas vezes o instrumento a uma amostra de 176 utentes, com intervalo de quatro semanas entre as aplicações. Os valores de correlação de Pearson (r) obtidos variaram entre 0.65 e 0.70 nas três subescalas, o que indica uma fiabilidade teste-reteste moderada (Tabela 3).

Tabela 3 – Valores de Pearson (r) para avaliação da fiabilidade teste –reteste das subescalas da POAM-P original (Cane et. al, 2007)

Subescala	Teste-Retestes (r)
Avoidant	.70*
Overdoing	.65*
Pacing	.66*

n= 176 *p < .01

5.2.2. Validade

A validade refere-se à propriedade pela qual um instrumento mede apenas o que se pretende medir (Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002). A medição da validade é uma componente essencial da prática clínica, para assegurar que os instrumentos de avaliação fornecem informação correta para uma tomada de decisão. A dimensão validade contém três propriedades de medida: validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério (Mokkink et al., 2010).

A validade de conteúdo é a grandeza pela qual um instrumento mede o conteúdo apropriado e representativo da variedade de aspetos do construto medido. Pode avaliar-se através da sua aplicação a peritos e utentes, de modo a avaliar se o conteúdo percebido mede o que é suposto medir (Frost et al., 2007). Esta propriedade da validade será aferida no estudo 1, que tem por objetivo realizar a adaptação cultural da POAM-P à língua portuguesa.

A validade de critério refere-se à grandeza pela qual um instrumento está de acordo com uma medida “padrão de ouro”. Uma vez que é assumido que as medidas de autopreenchimento em saúde, não têm instrumentos de medida “padrão de ouro”, a

validade de critério, em geral, não se aplica. Quando apropriada, a avaliação da validade de critério envolve a determinação do quanto a nova medida é consistente ou capta a essência da medida “padrão de ouro” (Frost et al., 2007).

A validade de construto avalia a capacidade de um instrumento medir um construto teórico e o grau em que o instrumento reflecte as componentes teóricas desse construto (Portney & Watkins, 2009). Esta propriedade traduz a exactidão com a qual uma medida representa um conceito em particular, sem influência de factores adicionais, verificando se as suas variáveis ou itens medem realmente o construto hipotético que se pretende medir (Frost et al., 2007). Deste modo, representa o quão os resultados obtidos através de um questionário são indicativos do construto teórico estabelecido (Frost et al., 2007). Se não há evidência que um instrumento mede o construto pretendido, não faz sentido prosseguir na sua aplicação, pois não se saberá se as inferências obtidas são válidas e se os resultados medem o que é suposto medir.

Posto isto, é necessário avaliar a extensão com que um dado instrumento se relaciona com instrumentos que medem construtos semelhantes (validade convergente) e construtos diferentes (validade discriminativa), constituindo a validade convergente e a validade discriminativa os principais métodos de avaliação da validade de construto (Portney & Watkins, 2009).

Ao relacionar instrumentos de medida dos quais se assume, de acordo com estudos prévios, medirem construtos semelhantes, são expectáveis correlações moderadas a fortes entre os instrumentos (Frost et al., 2007; Portney & Watkins 2009). Ao relacionar instrumentos de medida que se assumem medir construtos diferentes, é expectável obter diferenças esperadas ou conhecidas entre grupos de participantes, ou correlações fracas/inexistentes entre os instrumentos (Frost et al., 2007; Portney & Watkins 2009).

Para testar a validade de construto das três subescalas da POAM-P, os autores do instrumento original estabeleceram correlações com outros instrumentos de medida existentes, nomeadamente, o *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK), o *Survey of Pain Attitudes – Harm Scale* (SOPA-H) e o *Chronic Pain Coping Inventory – Pacing Scale* (CPCI-P).

O *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK) foi originalmente desenvolvido por Miller, Kopri & Todd, (1991, citados por Vlaeyen, Kole-Snijders, Boren & van Eek, 1995), tendo como objetivo medir o nível de cinesiofobia ou medo em relação à dor (medo

do movimento e/ou nova lesão), em utentes com dor crónica (French et al., 2007). A assunção, mediante a evidência científica atual, de que o evitamento e o medo em relação à dor constituem construtos similares, permite esperar uma correlação moderada a forte entre estes construtos (validade convergente), e uma correlação fraca do TSK com as subescalas de persistência e ritmo (validade discriminativa).

O *Survey of Pain Attitudes – Harm Scale* (SOPA-Harm) é uma subescala da escala *Survey of Pain Attitudes* (SOPA), desenvolvida inicialmente por Jensen et al. (1987, citados por Tait & Chibnal, 1997), para avaliar as atitudes e crenças de utentes com dor crónica, em cinco dimensões: controlo da dor, incapacidade relacionada com a dor, tratamentos médicos para a dor, medicação para a dor como tratamento apropriado, interação entre a dor e as emoções, solicitude dos outros em resposta à dor e dor relacionada com dano/lesão (dor como indicador de dano físico ou lesão) (Tait & Chibnal, 1997). Esta última dimensão é avaliada pela subescala SOPA-Harm e remete para a crença de que a atividade e o exercício físico devem ser restritos para não causar lesão e, conseqüentemente, dor (Tait & Chibnall, 1997). As respostas obtidas indicam se os participantes estão positiva ou negativamente associados a tais crenças. Dada a associação entre os construtos, é também expectável uma correlação moderada a forte entre o SOPA-Harm e a subescala evitamento do POAM-P, e uma correlação fraca com as subescalas de persistência e ritmo do POAM-P.

O *Chronic Pain Coping Inventory – Pacing Scale* (CPCI-P) é uma subescala do instrumento *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI), de Jensen, Turner, Romano e Strom (1995), e foi desenvolvida para avaliar as estratégias cognitivas e comportamentais (*coping*) de utentes com dor crónica para lidar com a dor (Romano Jensen & Turner, 2003). As subescalas do CPCI estão divididas em duas categorias: categoria de respostas de coping focadas na doença e categoria de respostas de coping focadas no bem-estar. O questionário *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI) assenta no facto, defendido pela literatura, de que as respostas de *coping* do utente com dor crónica, ou seja, o modo como lida com a condição clínica, está associado à função física e psicológica do utente (Romano et al., 2003). Os itens distribuem-se por subescalas que, por sua vez, se dividem em duas categorias gerais: a categoria de respostas de *coping* com base na doença, considerando-se uma má adaptação à condição clínica, e a categoria de respostas de *coping* com base no bem-estar, considerando-se uma boa adaptação à condição (Jensen et al., 2008). As subescalas da

categoria de respostas de *coping* com base na doença são: “*Guarding*”, que avalia em que medida o utente limita ou restringe o movimento de uma parte do corpo; “*Resting*”, que avalia a frequência de realização de atividades de repouso como resposta à dor, tal como deitar-se ou sentar-se; e “*Asking for Assistance*”, que avalia o quanto os utentes, em presença de dor, solicitam ajuda para as atividades (p.ex., as tarefas domésticas). A 2ª categoria do CPCI inclui as subescalas: “*Exercise/Stretch*”, que avalia a frequência de atividades de fortalecimento e alongamento muscular; “*Relaxation*”, que indica a frequência de uso de estratégias de relaxamento; “*Task Persistence*”, na qual os participantes indicam a frequência com que continuam as atividades apesar da dor; “*Coping Self-Statements*”, que mede a frequência com que os utentes têm, propositadamente, pensamentos positivos acerca do problema de dor; “*Pacing*” (CPCI-P), que mede a frequência de comportamentos de ritmo na realização das tarefas (por exemplo, fazer uma atividade a um ritmo lento de forma a poder concluí-la); e “*Seeking Social*”, que mede a frequência de estratégias de *coping* em relação à dor, como conversar ou encontrar-se com um amigo ou familiar (Jensen et al., 2008).

A subescala “*Pacing*” encontra-se na segunda categoria e mede a frequência de comportamentos de atividade de ritmo de indivíduos com dor crónica (por exemplo, fazer as atividades a um ritmo mais lento que o habitual), de forma a poder continuar a executar as tarefas diárias (Jensen et al., 2008). Dada a semelhança entre as subescalas “*Pacing*” (i.e. ritmo) da POAM-P e a subescala “*Pacing*” do CPCI, é expectável uma correlação moderada a forte entre estas subescalas, e uma correlação fraca com as subescalas “*Avoidant*” (i.e. evitamento) e “*Overdoing*” (i.e. persistência) da POAM-P.

Das escalas utilizadas pelos autores da POAM-P para avaliação da validade de construto, nenhuma escala avalia atitudes ou comportamento de persistência dos utentes com dor crónica, o que pode traduzir a escassez ou necessidade de instrumentos válidos que meçam este padrão de atividade.

Os valores de correlação obtidos pelos autores originais da POAM—P para avaliação da validade de construto das subescalas deste instrumento são apresentados na tabela 4. De acordo com os resultados, verificou-se uma correlação significativa e positiva moderada entre a subescala “*avoidant*” da POAM-P e o TSK ($r=0.42$, $p<0.01$) e uma correlação significativa positiva fraca entre a primeira e o SOPA-Harm ($r =0.33$,

$p < 0.01$) (validade convergente); não se observou correlação da subescala “*avoidant*” da POAM-P com a subescala CPCI-*Pacing* ($r = -0.02$) (validade discriminativa). Tal como esperado, houve uma correlação moderada entre a subescala “*pacing*” da POAM-P e a subescala “*pacing*” do CPCI ($r = 0.62$, $p < 0.01$) (validade convergente), não havendo correlação com as escalas TSK ($r = 0.00$) e SOPA-Harm ($r = 0.03$) (validade discriminativa). A subescala “*overdoing*” da POAM-P apresenta correlações negativas fracas a muito fracas com a escala TSK ($r = -0.26$, $p < 0.01$), a subescala SOPA-Harm ($r = -0.14$, $p < 0.05$) e a subescala CPCI-*Pacing* ($r = -0.22$, $p < 0.01$), tal como seria esperado, na medida em que avaliam construtos diferentes (validade discriminativa).

Deste modo, os autores originais da POAM-P confirmaram a existência de semelhanças e relações positivas fracas a moderadas entre os construtos “evitamento” da subescala POAM-P, “cinesiofobia” da escala TSK, e “atitudes e crenças de dor relacionada com dano físico/lesão, da subescala SOPA-Harm (validade convergente). O construto “evitamento” da subescala POAM-P não apresentou relação com o construto “ritmo” da subescala POAM-P e da subescala CPCI-*Pacing* (validade discriminativa). O construto “persistência” relacionou-se de forma negativa muito fraca a fraca com os construtos “cinesiofobia”, “atitudes e crenças de dor relacionada com dano físico/lesão” e “ritmo”, mostrando serem construtos diferentes (validade discriminativa). O construto “ritmo” da POAM-P mostrou ser um construto similar ao construto “ritmo” do CPCI-*Pacing* (validade convergente) e um construto diferente dos construtos “cinesiofobia” e “atitudes e crenças de dor relacionada com dano físico/lesão” (validade discriminativa).

Tabela 4 – Correlações das subescalas da POAM-P original com outras escalas (Cane et al., 2007)

Escalas	TSK	SOPA-Harm	CPCI-Pacing
Avoidant	.42**	.33**	-.02
Overdoing	-.26**	-.14*	-.22**
Pacing	.00	.03	.62**

n= 226 ** $p < .01$ * $p < .05$

Outros estudos recentes têm avaliado a validade convergente e discriminativa das subescalas da POAM-P relativamente a outras escalas (Kindermans et al., 2009; Kindermans, Roelofs et al., 2011; Kindermans, Huijnen et al., 2011; Huijnen et al. 2010).

Kindermans et al. (2009) estabeleceram como hipóteses para testar a validade convergente, que o padrão de evitamento da POAM-P estaria positivamente relacionado com a cinesiofobia, e que os padrões de evitamento e persistência da POAM-P estariam positivamente relacionados de forma moderada a forte com a incapacidade. Da mesma forma, e para testar a validade discriminativa, os autores estabeleceram como hipótese que os padrões de persistência e de ritmo da POAM-P, não se correlacionariam com a cinesiofobia, e que o padrão de ritmo da POAM-P não se correlacionaria com a incapacidade (ou apresentariam correlações fracas).

Os resultados obtidos mostraram que o padrão de evitamento está positiva e significativamente relacionado, de forma moderada, com a cinesiofobia ($r = 0.47$, $p < 0.001$) e com a incapacidade ($r = 0.48$, $p < 0.001$), confirmando a hipótese estabelecida a priori. Contrariamente às hipóteses estabelecidas, os resultados indicaram a ausência de correlação entre o padrão de persistência e a incapacidade (Kindermans et al., 2009), e uma correlação positiva fraca entre o padrão de ritmo e a incapacidade ($r = 0.37$, $p < 0.001$). De acordo com os autores, os resultados indicam que a subescala de evitamento parece ser válida, ao passo que a validade das subescalas de persistência e de ritmo revelaram resultados que merecem ser clarificados, em estudos posteriores (Kindermans et al., 2009).

Num estudo de Kindermans, Roelofs et al. (2011), numa amostra de utentes com dor musculoesquelética crónica, dos quais 52.7% apresentavam DLC, foram estabelecidas hipóteses de correlação entre os construtos da POAM-P (evitamento, persistência e ritmo) e construtos similares dos instrumentos *Pain and Activity Relations Questionnaire*⁹ (PARQ), *Behavioral Responses to Illness Questionnaire*¹⁰ (BRIQ) e

⁹ O *Pain and Activity Relations Questionnaire* (PARQ) é um questionário de autopreenchimento de 21 itens, que foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os padrões de atividade do utente com dor crónica (McCracken & Samuel, 2007). Os itens descrevem o que os utentes fazem quando evitam a atividade, quando têm uma atividade de ritmo ou quando são altamente ativos a maior parte do tempo. Os resultados obtidos permitem classificar o utente, respetivamente, numa das três subescalas: “avoidance”, “pacing” ou “confronting”. O questionário inclui, ainda, itens que medem as perceções dos utentes acerca da relação dor – atividade (McCracken & Samuel, 2007).

Chronic Pain Coping Inventory (CPCI), que avaliam estratégias e comportamentos face à atividade, em indivíduos com dor crónica. Estes instrumentos já apresentam subescalas similares à subescala de persistência da POAM-P. Os autores verificaram a existência de relações positivas moderadas a fortes entre os construtos evitamento da POAM-P, evitamento da PARQ ($r=0.79$, $p<0.01$) e “limiting” (similar a evitamento) da BRIQ ($r=0.64$ $p<0.01$) (validade convergente). No que respeita à subescala de persistência da POAM-P, esta apresentou relações positivas moderadas com os construtos “confronting” (i.e. persistência) da PARQ ($r=0.68$, $p<0.01$), “tudo ou nada” da BRIQ ($r=0.47$ $p<0.01$) e “persistência com a tarefa” da escala CPCI ($r=0.40$, $p<0.01$) (validade convergente). A subescala ritmo da POAM-P apresentou uma relação positiva forte com o construto “pacing” (i.e. ritmo) da PARQ ($r=0.81$ $p<0.01$), e uma relação positiva moderada com o construto “pacing” da CPCI ($r=0.64$ $p<0.01$), tal como se tinha verificado no estudo dos autores originais do POAM-P (validade convergente).

Kindermans, Roelofs et al. (2011) estabeleceram, ainda, correlações das subescalas POAM-P com a intensidade de dor, avaliada com a Escala Visual Analógica (EVA) e com a incapacidade, avaliada com o *Pain Disability Index* (PDI). Os autores verificaram uma relação positiva e significativa fraca entre a intensidade de dor e os padrões de evitamento e ritmo da POAM-P ($r=0.27$, $p<0.01$, e $r=0.25$, $p<0.01$, respetivamente), e a ausência de correlação entre a intensidade de dor e o padrão de persistência da POAM-P ($r=0.08$, $p<0.01$). Observaram uma correlação positiva moderada da incapacidade com o evitamento ($r=0.46$, $p<0.01$), a ausência de correlação da incapacidade com o padrão de persistência ($r=-0.04$) e uma relação positiva fraca entre a incapacidade e o padrão de ritmo ($r=0.34$, $p<0.01$), tal como verificaram Kindermans et al. (2009).

Kindermans, Huijnen et al. (2011) analisaram a correlação entre a incapacidade, medida com o *Roland Disability Questionnaire* (RDQ) e os padrões de evitamento e

¹⁰ O *Behavioral Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) é um questionário de autopreenchimento, com 21 itens, criado para medir respostas comportamentais dos utentes à dor. Este compreende quatro subescalas, nomeadamente: comportamento “tudo ou nada” (6 itens), comportamento limitativo (7 itens), procura de suporte emocional (4 itens) e procura de suporte prático (4 itens). No presente estudo, interessam-nos a primeira (all-or-nothing) e a segunda subescala (limitating), uma vez que medem o comportamento de persistência e o de evitamento, respetivamente (Kindermans, Roelofs et al., 2011).

persistência da POAM-P, através de uma análise regressiva hierárquica, com controlo das variáveis sociodemográficas e relacionadas com a dor. Os autores verificaram uma correlação positiva moderada entre o padrão de evitamento e a incapacidade ($\beta = 0.43$, $p < 0.001$) e uma correlação não significativa entre o padrão de persistência e a incapacidade ($\beta = 0.07$), pelo que o evitamento constitui um fator preditivo da incapacidade e a persistência não.

Noutro estudo, Huijnen et al. (2010) analisaram a associação da intensidade de dor e do nível de atividade física, em utentes com DLCI, com os padrões de evitamento e de persistência da POAM-P, e verificaram que a associação entre a intensidade de dor e o nível de atividade autoreportado pelos utentes com padrão de evitamento não foi significativa ($\beta = 0.00$, $p = 0.91$). Pelo contrário, no subgrupo dos utentes persistentes, o nível de atividade física autoreportado associou-se positivamente, embora de forma muito fraca, com a intensidade de dor ($\beta = 0.15$, $p < 0.001$).

Neste estudo pretendemos adaptar transculturalmente o instrumento POAM-P original para a versão portuguesa (POAM-P-VP) e testar as propriedades psicométricas consistência interna, fiabilidade teste-reteste e a validade de construto desta nova versão, numa amostra de utentes com dor lombar crónica de origem inespecífica. Para avaliação da validade de construto, testaremos a validade convergente e discriminativa das subescalas POAM-P-VP relativamente à versão portuguesa do instrumento *Tampa Scale of Kinesiophobia* – 13 itens (TSK-13-VP).

6. METODOLOGIA

6.1. Identificação dos objetivos do estudo

Investigação recente no âmbito da resposta do indivíduo à dor, tem salientado a necessidade de aprofundar o estudo dos comportamentos adaptativos dos indivíduos com dor crónica de natureza músculo-esquelética (Vlaeyen & Morley 2004; Verbunt et al., 2001; Bousema et al., 2007; McCracken & Samuel, 2007; Leeuw et al., 2007; Huijnen et al., 2010). Estudos têm demonstrado que a associação entre o medo em relação à dor e a incapacidade, mediada por comportamentos de evitamento e hipervigilância, tal como é sugerido nas relações estabelecidas no modelo de medo-evitamento, não é linear (Leeuw et al. 2007). Por outro lado, e embora a presença do desuso e consequente descondicionamento sejam assumidos, desde há anos, nos utentes com DLC, os estudos realizados têm obtido resultados contraditórios que tornam inconsistente a evidência da existência de desuso nestes utentes (Verbunt et al., 2001; Verbunt et al. 2003a; Verbunt et al. 2003b; Bousema et al., 2007; Smeets et al., 2009; Leeuw et al., 2007).

Com efeito, as crenças de medo-evitamento e o desuso apenas parecem explicar a incapacidade num subgrupo restrito de utentes com DLCI (Andrews, Hon, Strong & Meredith, 2012), sendo que outros tipos de comportamento de resposta à dor começam a ser estudados (Vlaeyen & Morley, 2004), nomeadamente comportamentos de persistência e de ritmo, que surgem associados a padrões de atividade específicos, e que parecem ter um papel importante no desenvolvimento da incapacidade e perpetuação da dor crónica (Vlaeyen & Morley, 2004; Hasenbring, Plaas, Fischbein & Willburger, 2006; Huijnen et al. 2010; Kindermans, Roelofs et al., 2011; Hasenbring, 2010).

Em Portugal, os estudos no domínio dos comportamentos relativos aos padrões de atividade e ao perfil comportamental de indivíduos com dor crónica são, segundo sabemos, inexistentes, apesar de, a nível internacional, se ter verificado um crescimento significativo nos últimos anos (e.g. Kindermans, Roelofs et al., 2011; Kindermans, Huijnen et al., 2011 e Huijnen et al., 2010). Sobretudo a nível de instrumentos de avaliação, regista-se uma escassez de medidas validadas para a população portuguesa, dificultando a obtenção de dados no âmbito do perfil comportamental relativo aos padrões de atividade em indivíduos com dor crónica.

O instrumento de medida *Patterns of Activity Measure- Pain* (POAM-P) foi

desenvolvido com o objetivo de identificar padrões de atividade e definir o perfil comportamental de indivíduos com dor crónica, em relação à atividade. A versão original inglesa foi já adaptada para versão holandesa, por Kindermans et al. (2009).

Apesar do estudo sobre a escala POAM-P estar desenvolvido noutros países e deste instrumento ser utilizado no estudo dos padrões de atividade de utentes com dor crónica, em Portugal não há nenhum estudo, do nosso conhecimento, em que se tenha adaptado a POAM-P para versão portuguesa. Assim, o presente estudo tem como objetivos adaptar culturalmente a POAM-P para a população Portuguesa com DLCI e contribuir para a sua validação, através da avaliação da sua estrutura factorial, consistência interna, fiabilidade teste- reteste e validade de construto.

Este estudo foi realizado em duas fases distintas: na primeira fase realizou-se a adaptação cultural do instrumento original para a versão em língua portuguesa (estudo 1) e, numa segunda fase, procedeu-se ao estudo de validação da versão portuguesa, através da avaliação da sua estrutura factorial, consistência interna, fiabilidade teste- reteste e validade de construto (estudo 2).

6.2. Estudo 1- Adaptação Cultural da POAM-P

6.2.1. Tipo de estudo

Realizou-se um estudo metodológico de validação da POAM-P, em indivíduos com dor lombar crónica de origem músculo – esquelética e inespecífica. O processo de adaptação cultural seguiu as recomendações das normas orientadoras propostas por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2002) e do MAPI Institute (2001). Assim, e de acordo com as referidas normas, o processo de adaptação cultural organizou-se em seis passos consecutivos, que descrevemos em seguida:

6.2.1.1. Tradução para a língua portuguesa

Após requerida e obtida a autorização do autor principal da versão original da Escala POAM-P (Apêndice I), procedeu-se à tradução do instrumento por dois tradutores independentes entre si (Pedido de colaboração e Formulário de Tradução em Apêndices II e III), seleccionados de acordo com os seguintes critérios:

- Tradutores independentes e bilingues, que tenham a Língua Portuguesa como língua materna e possuam competência comprovada na língua original da escala (Beaton et al., 2002).
- Tradutores com diferentes perfis e conhecimento dos conceitos incluídos no instrumento a traduzir: um deve ter conhecimento dos conceitos clínicos examinados no questionário a traduzir (ex. dor crónica lombar, incapacidade funcional); o outro não deve ter conhecimento nem estar informado acerca dos conceitos a ser quantificados e, preferencialmente, não ter conhecimentos médicos ou clínicos (Beaton et al., 2002).

6.2.1.2. Versão de consenso/ síntese

As versões da tradução obtidas (Apêndice IV) foram posteriormente analisadas e sintetizadas por três elementos independentes dos dois primeiros (tradutores), obtendo-se assim uma primeira versão de reconciliação do instrumento. Este painel trabalhou a partir do questionário original e das versões do primeiro e do segundo tradutor. A partir das duas traduções produziu-se uma tradução comum, com um relatório escrito que documenta o processo de síntese, as questões colocadas e como foram solucionadas

(Apêndice V). Alcançado o consenso, obteve-se a versão síntese 1 do instrumento (Beaton et al., 2000).

6.2.1.3. Retroversão

De seguida foi efectuada a retroversão da 1ª versão com recurso a dois tradutores bilingues¹¹, independentes dos tradutores e cegos relativamente ao processo de tradução (Pedido de colaboração e formulário de retroversão em Apêndice VI e VII). Os critérios de inclusão para estes dois elementos foram:

- Dois tradutores bilingues (R1 e R2), que não os tradutores iniciais (T1 e T2) (Beaton et al, 2000);
- Tradutores totalmente cegos em relação à versão original (Beaton et al., 2000);
- Tradutores com conhecimento e experiência na área da dor crónica.

De forma idêntica ao processo de tradução, foram obtidas duas versões (Apêndice VIII) que, após discussão e reconciliação por três elementos independentes dos retradutores, deram origem à 2ª versão síntese do instrumento (Apêndice IX).

Todo o processo foi de seguida analisado por um Comité de Peritos.

6.2.1.4. Validação por Comité de Peritos

O comité de peritos incluiu 4 profissionais de áreas diferentes (1 perito na área linguística, 1 na área de investigação/metodologia, 2 na área da fisioterapia) e os tradutores envolvidos no processo de tradução e retroversão (Beaton et al., 2000; Gjersing, Caplehorn & Clausen, 2010).

Os critérios de selecção para o Comité de Peritos foram:

- Ser *expert* na respectiva área de formação (linguística, investigação, músculo-esquelética), tendo pelo menos sete anos de prática profissional e formação informal ou formal na área de especialidade (Jensen et al., 1999);
- Ser bilingue (português e inglês) (Gjersing et al., 2010).

¹¹ De acordo com Gjersing et al. 2010, não é um critério obrigatório que os tradutores da retroversão tenham a língua inglesa como língua-mãe.

O papel do Comité de Peritos foi o de consolidar todas as versões da escala (Apêndice X e Apêndice XI) e desenvolver a versão pré final da versão Portuguesa do instrumento POAM-P para posterior utilização no estudo piloto com profissionais de saúde e utentes com dor lombar crónica. Assim, este Comité foi responsável pela revisão das traduções realizadas, e pela sua avaliação quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.

De acordo com Beaton et al. (2002), a equivalência conceptual deve permitir que a versão final do instrumento meça o mesmo conceito nas suas várias versões, uma vez que várias expressões representam diferentes conceitos, consoante a cultura dos participantes (Beaton et al., 2002).

A equivalência linguística consiste em determinar se os itens do instrumento mantêm o mesmo significado, se há itens com múltiplos significados e se existem dificuldades gramaticais na tradução (Beaton et al., 2002).

A equivalência idiomática traduz as situações em que não existe um significado na língua pretendida para a expressão utilizada na língua de origem. Nestes casos o comité tem que encontrar uma expressão com significado similar que seja adequada para aquele instrumento (Guillemin, 1993 citado por Beaton et al., 2002).

Atingido o consenso entre os elementos do comité, procede-se à criação da versão pré-final do instrumento (Beaton et al., 2002). Obtida a versão preliminar de retroversão (Apêndice XII), solicitou-se parecer ao autor da escala (Apêndice XIII).

Após esta revisão e avaliação obteve - se a versão pré-final da versão portuguesa do POAM-P (Apêndice XIV) .

6.2.1.5. Estudo Piloto do instrumento

O estudo piloto foi realizado de acordo com as orientações de Beaton et al., (2002) e do MAPI Institute (2004). O objetivo foi o de receber informação de pessoas que poderão ser potenciais utilizadoras do instrumento (peritos na área e utentes).

Para a realização do estudo piloto procedeu-se, simultaneamente, ao pré-teste do instrumento, com recurso a uma amostra de 34 utentes com dor lombar crónica inespecífica (DLCI) e à revisão por 2 peritos clínicos na área. Aos primeiros foi-lhes solicitado que avaliassem a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação

das palavras utilizadas no instrumento. Aos segundos foi solicitado que avaliassem a terminologia utilizada no POAM-P e a sua adequação conceptual e cultural à população portuguesa de utentes com dor crónica. Para obtenção da amostra e sua caracterização, foi pedida a autorização a serviços de fisioterapia (Apêndice XV) e a colaboração de colegas (Apêndice XVI), acompanhada do formulário de critérios de seleção dos utentes (Apêndice XVII) e do questionário de Caracterização Sócio-Demográfica E Clínica – Dor Lombar Crónica (Apêndice XVIII). Ao todos os participantes no estudo piloto (utentes e clínicos) foi entregue um dossier que continha: a carta convite aos participantes, com explicação dos objetivos e procedimentos do estudo piloto, a versão pré-final do instrumento em adaptação, um teste de compreensão e um formulário de caracterização profissional (apenas para os clínicos) e de caracterização sócio-demográfica e clínica - Dor lombar crónica (apenas para os utentes) (Apêndice XIX e XX).

- Critérios de seleção dos utentes

Os utentes participantes no estudo piloto foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: idade compreendida entre 18 e 65 anos; sabe ler e escrever; não está grávida (Mulheres); não realizou cirurgia lombar nos últimos 6 meses; tem dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores há mais de 3 meses, sem causa específica ou presença de recorrências de dor lombar por um período de seis meses, ou presença de dor em menos de metade dos dias num período de 12 meses, ocorrendo múltiplos episódios no decorrer desse período.

- Critérios de seleção dos clínicos

Os clínicos participantes no estudo piloto tinham como critério de inclusão serem *experts* em condições músculoesqueléticas e, em particular, em condições de dor crónica lombar. De acordo com Jensen et al. 1999, para ser um *expert* tem de ter pelo menos sete de prática clínica, envolvimento directo de cuidados aos utentes em pelo menos 50% do seu tempo e ter formação informal ou formal na área da especialidade.

Posteriormente ao preenchimento do instrumento e resposta ao teste de compreensão por utentes e peritos clínicos (Apêndice XXI), foi solicitado aos peritos clínicos e a um grupo de 5 utentes (todos de língua materna portuguesa, a viverem em Portugal, sem ligações à área da saúde e representativos de idade, género, nível educacional e nível

sócio-económico da população portuguesa) que participassem numa entrevista para explorar aspectos relativos à clareza, compreensão, relevância cultural e adequação das palavras utilizadas no instrumento, questão a questão (*Cognitive debriefing*).

6.2.1.6. Auditoria final

O processo de auditoria foi efectuado por um dos participantes no Comité de peritos (perito em Metodologia), em conjunto com os autores do processo de adaptação transcultural (Apêndice XXII). Neste processo procedeu-se à revisão de todos os procedimentos metodológicos efectuados, e da forma como a sua realização minimizou o risco de viés na adaptação do instrumento a uma nova língua e cultura, e garantiu a validade de conteúdo do instrumento, de forma a obter a equivalência entre a fonte original e a nova versão (Aronson., 1994).

6.3. Estudo 2 - Avaliação das propriedades psicométricas – Consistência Interna, Fiabilidade Teste- reteste e Validade de Construto

A segunda parte deste estudo teve por objetivo avaliar a fiabilidade e a validade da versão portuguesa do POAM-P, através da avaliação da sua estrutura factorial, consistência interna, estabilidade temporal (teste-reteste) e validade de construto:

- a) Avaliou-se a estrutura factorial através da análise factorial exploratória (AFE);
- b) Estimou-se a consistência interna, segundo o *alpha* de Cronbach. A avaliação da consistência interna foi complementada com a avaliação da correlação item a item e a correlação item-total;
- c) Para avaliar a fiabilidade teste-reteste aplicou-se a versão portuguesa do instrumento POAM-P a uma mesma amostra de participantes, em dois momentos de avaliação distintos: no momento inicial do estudo, e 4 a 7 dias após o primeiro preenchimento; em seguida, recorreu-se à estimativa do Coeficiente de Correlação Intra-classe do tipo 2,1 [CCI (2,1)];
- d) Para avaliar a validade de construto da versão portuguesa da POAM-P, recorreu-se à aplicação simultânea da versão portuguesa da escala *Tampa Scale of Kinesiophobia*– 13 itens (TSK-13-VP) (Cordeiro, Pezarat-Correia, Gil & Cabri, 2011).

Como foi referido no capítulo anterior, a validade de construto avalia a capacidade de um instrumento avaliar um construto abstracto e o grau em que o instrumento reflecte as componentes teóricas desse construto (Portney & Watkins, 2009). Nesse sentido, os principais métodos para avaliar a validade de construto incluem a avaliação da extensão em que um dado instrumento de medida se relaciona com outros instrumentos que medem construtos semelhantes (validade convergente) ou diferentes construtos (validade discriminativa) (Portney & Watkins, 2009).

Validade Convergente

- e) Para estudar a validade convergente, foram estabelecidas hipóteses *apriori* com base em relações estabelecidas entre instrumentos que medem construtos semelhantes e que se encontram reportados de forma consistente na literatura.

Dessa forma, a avaliação da validade de construto foi efectuada através do estudo da relação entre os resultados da subescala de evitamento e da versão portuguesa da TSK (TSK-13-VP) (Cordeiro et al., 2011), estabelecendo-se como hipótese que para ambos os instrumentos medirem o mesmo construto, os seus resultados deveriam mostrar uma correlação positiva moderada a forte. A hipótese teve por base a assunção de que existe um conteúdo substancial que é partilhado por ambos os questionários, uma vez que ambos avaliam o medo da dor - evitamento do movimento (cinesiofobia), sendo por isso esperada uma correlação moderada a forte entre ambos.

Assim, e no âmbito da validade convergente foi colocada a seguinte hipótese:

Hipótese 1: Existe uma correlação positiva e significativa de moderada a forte entre os resultados da subescala de evitamento da POAM-P-VP e da TSK-13-VP, em indivíduos com dor crónica lombar.

Validade Discriminativa

A validade discriminativa pode ser avaliada verificando se um instrumento pode detectar diferenças esperadas ou conhecidas entre grupos de utentes, ou se apresenta correlações fracas com instrumentos que medem diferentes construtos (Portney & Watkins 2009). Neste estudo, a validade discriminativa da POAM-P-VP foi avaliada através da comparação das pontuações obtidas nas subescalas de persistência e de ritmo da POAM-P-VP com as pontuações da TSK-13-VP. Uma vez que é esperado que as subescalas de persistência e de ritmo forneçam informação sobre construtos que são conceptualmente distinto do grau de medo do movimento (cinesiofobia) foi estabelecida a hipótese que a pontuação nessas subescalas apresentaria uma correlação fraca com a pontuação obtida na TSK-13-VP.

Assim, e no presente estudo para testar a validade discriminativa, foram colocadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 2: Existe uma correlação positiva e significativa fraca entre os resultados da subescala de persistência da POAM-P-VP e da TSK-13-VP, em indivíduos com dor lombar crónica inespecífica.

Hipótese 3: Existe uma correlação positiva e significativa fraca entre os resultados da subescala de ritmo da POAM-P –VP e da TSK-13-VP, em indivíduos com dor lombar crônica inespecífica.

6.3.1. Tipo de estudo

Realizou-se um estudo transversal com utentes com Dor Lombar Crónica de origem músculo – esquelética e origem inespecífica. Para efeitos deste trabalho definiu-se DLC de origem músculo-esquelética inespecífica como:

- a) presença de dor persistente na região lombar, referida ou não para o membro inferior, com duração de pelo menos 12 semanas ou presença de recorrências de dor lombar por um período de seis meses, sem causa física específica, isto é, de origem desconhecida (Airaksinen, et al., 2006; Bekkering et al., 2003; Krismer & van Tulder, 2007), **ou**
- b) presença de dor em menos de metade dos dias num período de 12 meses, ocorrendo múltiplos episódios no decorrer desse período” (Von Korff, 1994). De acordo com Von Korff (1994), estes episódios de agudização são definidos como “períodos (normalmente uma semana ou menos) em que os sintomas da condição de dor lombar se encontram mais exacerbados do que o normal para o utente”, **ou**
- c) múltiplas situações de agudização dos sintomas, correspondendo assim a vários episódios de recorrência ao longo da sua condição crónica (Stanton, Latimer, Maher & Hancock, 2010), **ou**
- d) utentes com flutuações e recorrências na dor, embora tenham sempre presente a condição. Esta presença constante é interpretada como uma condição de DLC que envolve as limitações funcionais “normais” (isto é, com presença ou não de dor, mas com a existência de incapacidade mínima na realização das suas atividades diárias) alternando com a existência de flutuações e episódios de agudização dos sintomas, com elevados níveis de dor e incapacidade, comprometendo a sua participação na maioria das atividades diárias e atividade profissional (Young, Wasiak, Phillips & Gross, 2011).

6.3.2. Amostra

Neste estudo participaram 132 indivíduos com DLC de origem músculo-esquelética inespecífica, que integraram as listas de espera para iniciar intervenção em fisioterapia em 16 serviços de Fisioterapia, cumpriam os critérios de inclusão e aceitaram participar livremente no mesmo.

Eram elegíveis os indivíduos que cumprissem os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

- Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores, com duração de pelo menos três meses (Kendall et al., 1997), sem causa específica conhecida, nomeadamente doença neoplásica, infecciosa e/ou inflamatória, osteoporose, fratura, osteoporose, deformidade estrutural, síndrome da cauda equina e radicular (Waddell, 1987);
- Idade compreendida entre os 18 e os 65 anos. A população idosa não é incluída pelo facto das alterações funcionais e biológicas associadas ao processo de envelhecimento poderem estar de alguma forma associadas à dor lombar dos participantes;
- Ausência de sintomas de compressão radicular, cauda equina, doença sistémica e/ou infecciosa, dor de origem visceral/ maligna ou fractura/risco de fractura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006);
- Ausência de realização de cirurgia lombar nos 12 meses prévios e de realização de Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 6 meses prévios;
- Mulheres que não se encontrem numa situação de gravidez. A dor lombar durante a gravidez é comum, tendo sido demonstrado que as mulheres grávidas experienciam algum tipo de dor lombar durante o período de gestação, no entanto, os factores etiológicos apontados são divergentes dos factores associados à DLC de origem inespecífica (Garshasbi & Faghieh Zadeh, 2005).
- Saber ler e escrever.

Os participantes neste estudo foram recrutados em 16 serviços de fisioterapia localizados nas áreas de Lisboa, Leiria e Funchal, no período entre Dezembro de 2011 e Junho de 2012. O recrutamento dos indivíduos que constituíram a amostra foi efectuado

nas respectivas clínicas onde os indivíduos iriam realizar os seus tratamentos de Fisioterapia para a condição de DLCI. Em primeiro lugar foram analisados os registos clínicos pelos investigadores/colaboradores na investigação, com o objetivo de verificar quais os indivíduos que estavam em lista de espera e apresentavam a condição de Dor Lombar. Através da análise dos processos clínicos os investigadores seleccionaram os utentes que apresentavam sintomatologia com mais de 3 meses de evolução e que não possuíam nenhum dos critérios de exclusão definidos (Manual para recrutamento de participantes no estudo em Apêndice XXIII).

6.3.3. Aspetos Éticos

Todos os sujeitos elegíveis foram convidados pelos investigadores/colaboradores a participar no estudo. De forma a obter-se uma autorização individual por parte de cada participante, o manual de recrutamento de participantes incluiu uma carta explicativa do estudo a ser entregue a cada utente, referindo qual o objetivo, os riscos e potenciais vantagens, os procedimentos para garantir a confidencialidade/anonimato e quais os procedimentos de recolha de dados. Foi igualmente realizado um esclarecimento de todos os procedimentos de investigação, do pleno direito dos participantes poderem recusar participar nele sem qualquer consequência, e da possibilidade de abandonar livremente o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação. Para além disto, foi referido que seria garantida a confidencialidade e anonimato de cada participante sem qualquer prejuízo pessoal de cariz ético ou moral. Posteriormente, foi então solicitada a assinatura de um formulário do consentimento informado (Apêndice XXIII).

Para garantir o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados deste estudo, toda a documentação recolhida foi codificada e tratada de forma anónima e confidencial. Esta informação foi incluída na carta explicativa e no formulário de consentimento informado entregue a cada participante. Foi ainda garantido que na apresentação dos resultados e na divulgação do estudo, o anonimato dos participantes seria preservado, não havendo qualquer tipo de identificação individual e que no final do estudo os dados originais seriam destruídos.

6.3.4. Instrumentos de Medida

Para realizar este estudo, os participantes responderam a três questionários: Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica – Dor Lombar Crônica (Anexo II); POAM-P – versão portuguesa; *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK) -13 – versão portuguesa (Anexo III). Uma vez que a POAM-P foi já descrita anteriormente, apresentamos aqui apenas as características dos outros dois instrumentos.

a) Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica – Dor Lombar Crônica

O Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica – Dor Lombar Crônica (Anexo II) foi utilizado para recolher dados relativos às características sócio-demográficas e clínicas dos participantes. As características sócio-demográficas incluíram o género, a idade, o estado civil, atividade profissional, formação profissional específica, situação profissional atual e valores de Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes. Quanto às características clínicas, recolhemos os dados relativos à duração da dor, localização (referida ou não para o membro inferior), toma de medicação para a dor lombar, ausência ao trabalho devido à dor, número e duração das faltas ao trabalho e existência ou não de baixa remunerada no último ano.

b) Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) -13 – versão portuguesa.

O *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK) é um instrumento de autopreenchimento, originalmente desenvolvido com o objetivo de medir o medo do movimento/(nova)lesão ou cinesiofobia em utentes com dor crónica (French et al., 2007). Posteriormente, foi validado para aplicação noutros tipos de dor (French et al., 2007). O TSK original apresenta 17 itens (TSK-17). Cada item é pontuado numa escala de Likert de quatro pontos, de 1 (discordo plenamente) a 4 (concordo plenamente) (Vlaeyen & Crombez, 1999; Cordeiro et al., 2011). A pontuação total da versão original corresponde ao somatório das pontuações obtidas em cada um dos itens, variando entre 17 a 68. Quanto mais elevada for a pontuação, maior será o medo e insegurança para o movimento.

Vários estudos tem demonstrado que o TSK apresenta um elevado nível de consistência interna ($\alpha = 0.84$, French et al., 2007; $\alpha = 0.76$, Woby, Roach, Urmston & Watson, 2004), e uma boa fiabilidade teste-reteste (CCI=0.82) (Woby et. al., 2004). O TSK tem

também demonstrado uma razoável validade de construto demonstrando correlações significativas positivas moderadas a fracas com outras medidas que medem construtos similares, nomeadamente com a subescala “atividade física” ($r=0.53$, $p<0.01$), e com a subescala “trabalho” ($r=0.35$, $p<0.01$) do instrumento *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (French et al., 2007), ou que partilham conteúdos, como a catastrofização da dor, medida pela *Pain Catastrophizing Scale* ($r=0.51$, $p<0.01$), a incapacidade relacionada com a dor, medida pela “*Quebec back pain disability scale*” ($r=0.30$, $p<0.01$), ou ainda com a intensidade da dor, medida pela Escala Visual Analógica, ($r=0.39$, $p<0.01$) (French et al., 2007.)

A versão original da TSK está adaptada e validada para diferentes línguas e culturas, tais como a Norueguesa (Haugen et al., 2008), Holandesa (French et al., 2007) e Brasileira (de Souza et al., 2008). Foram também desenvolvidas e validadas escalas do TSK com um menor número de itens em relação à original, tais como, a TSK-11 (Woby, Roach, Urmston & Watson, 2004)¹².

Recentemente, foi desenvolvida por Cordeiro, Pezarat-Correia, Gil & Cabri (2011), uma versão portuguesa do TSK traduzida e validada para a população portuguesa, com base na aplicação a uma amostra de indivíduos com dor lombar crónica (Anexo III). A versão portuguesa do instrumento TSK integra 13 itens (TSK-13-VP), que constituem afirmações representativas da percepção de cada indivíduo relativamente à segurança e confiança para realizar um movimento, traduzindo o nível de cinesiofobia percebida dos indivíduos (Cordeiro, et al., 2011). Cada item da TSK-13-VP é qualificado numa escala de Likert de quatro pontos, de 1 (discordo plenamente) a 4 (concordo plenamente) (Cordeiro et al., 2011). Para calcular a pontuação desta escala basta proceder ao somatório das pontuações obtidas em cada um dos itens. O resultado final desta escala adaptada pode variar numa escala ordinal de 13 a 52 pontos, sendo 13 e 52 o menor e o maior grau de cinesiofobia, respetivamente (Cordeiro et al., 2011).

¹² Após investigação das propriedades psicométricas da versão original (TSK-17), Woby, Roach, Urmston & Watson, (2004) verificaram que quatro itens apresentavam uma correlação item-total baixa (itens 4,8,12 e 16) e quatro itens tendiam a apresentar valores que se desviavam de um padrão de distribuição normal (4,9,12,14), tendo os autores eliminado estes seis itens e testado as propriedades psicométricas da versão abreviada obtida (TSK-11), comparativamente à versão original. A versão TSK-11 mantém uma boa consistência interna (TSK-11, $\alpha =0.79$) e uma boa fiabilidade teste-reteste (TSK-11, CCI=0.81) (Woby, Roach, Urmston & Watson, 2004).

A TSK-13-VP foi testada numa amostra de 166 utentes com DLC e demonstrou boas propriedades psicométricas (Cordeiro et al., 2011). O coeficiente de *alpha* de Cronbach foi de 0.82, revelando uma boa consistência interna dos itens do instrumento. O coeficiente de correlação intra-classe (ICC), para avaliação da fiabilidade teste-reteste (uma semana de intervalo), foi de 0.99 para a escala total, e variável entre 0.94 e 0.98 para os 13 itens da escala, indicando uma boa fiabilidade teste-reteste. Quanto à validade de construto, os autores observaram uma correlação positiva e significativa forte entre o TSK-13-VP e o TSKJ-13-VP¹³ ($r=0.892$, $p<0.01$) (validade convergente), e uma correlação negativa significativa moderada com a percepção de confiança para o movimento, avaliada através de uma escala visual analógica (EVA) ($r=-0.534$, $p<0.01$) (validade discriminativa).

6.3.5. Procedimentos de Recolha de dados

Para realizar o estudo, foi elaborado um protocolo para recrutamento da amostra, que incluiu o caderno de instrumentos a aplicar. Após a identificação dos locais de recolha de dados e da obtenção das respectivas autorizações, solicitou-se a colaboração de um fisioterapeuta, em cada local, para seleccionar os utentes e recolher os dados. De seguida, agendaram-se reuniões com os colegas fisioterapeutas que aceitaram participar na recolha de dados. Previamente à reunião, enviou-se o protocolo do estudo que incluía, uma carta explicativa do estudo, instruções aos participantes no estudo e formulário de consentimento informado, instruções para a aplicação dos instrumentos (incluindo a sua sequência e momento) e os próprios instrumentos (Apêndice XXIV). Na reunião, foi novamente apresentado o objetivo da investigação e esclarecidas dúvidas relativas aos procedimentos envolvidos na identificação dos utentes e na entrega/ recolha dos questionários. Sempre que foi necessário, os colaboradores tiveram treino específico na utilização dos questionários de selecção e caracterização dos participantes no estudo, e restantes instrumentos de medida.

O fisioterapeuta responsável por cada local identificou os potenciais participantes no estudo através de consulta documental do processo clínico e solicitou a sua participação no estudo, após explicação dos objetivos e procedimentos do estudo, e obtenção do

¹³ TSKJ-13-VP - Versão específica, adaptada a partir da versão genérica (TSK-13-VP) pelos mesmos autores (Cordeiro, Pezarat-Correia, Gil & Cabri, 2011), e validada para avaliação de utentes em condição de pós-ligamentoplastia ao cruzado anterior do joelho.

consentimento informado, segundo um formulário pré-estabelecido. Aceite a participação no estudo, o fisioterapeuta responsável verificou os critérios de inclusão/exclusão para cada participante, com base num protocolo pré-estabelecido. Posteriormente, coube-lhe entregar e recolher os questionários e devolvê-los ao investigador. O procedimento para o preenchimento dos questionários foi o mesmo em todos os locais de recolha. Os utentes respondiam aos questionários e, no final, entregavam o caderno de questionários ao fisioterapeuta responsável. Semanalmente, o investigador encontrava-se com o fisioterapeuta responsável e recolhia os dados recolhidos.

A recolha de dados realizou-se em dois momentos distintos, com um intervalo de 4 a 7 dias. Os participantes no estudo preencheram, no primeiro momento (T0), um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica e a versão portuguesa do instrumento *Patterns of Activity Measure – Pain* (POAM-P-VP). No segundo momento (T1) preencheram o POAM-P-VP e a versão portuguesa do *Tampa Scale of Kinesiophobia – 13 itens* (TSK-13-VP), utilizado para avaliar a validade de construto das componentes do POAM-P-VP.

Tabela 5 – Instrumentos aplicados à amostra do estudo 2 e respetivos momentos de aplicação

	Momento T0	Momento T1
Questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica	X	
POAM-P-VP	X	X
TSK-13-VP		X

6.3.6. Análise dos dados

O tratamento dos dados foi realizado com recurso ao software *IBM SPSS Statistics* (versão 20).

6.3.7. Caracterização da amostra

Para caracterizar a amostra quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínicos, foi utilizada a análise estatística descritiva. Na análise das variáveis nominais e ordinais,

recorreu-se à distribuição das frequências; na análise das variáveis numéricas, utilizaram-se as medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio-padrão e intervalos máximo e mínimo).

6.3.8. Avaliação da Estrutura Factorial

O contributo para a validação do questionário POAM-P-VP tem como primeiro objetivo verificar se o questionário mede as variáveis latentes esperadas, nomeadamente, as relativas às subescalas que constituem o POAM-P, numa amostra de utentes portugueses com dor lombar crónica inespecífica. Neste sentido, decidiu-se realizar uma Análise Factorial Exploratória (AFE).

A Análise Factorial Exploratória (AFE) é uma técnica de análise de dados que tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, de modo a construir uma escala de medida para fatores (intrínsecos) que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais (Marôco, 2011). Em princípio, se duas variáveis estão correlacionadas, essa associação resulta da partilha de uma característica comum não diretamente observável (i.e., um fator comum latente).

A AFE usa as correlações observadas entre as variáveis originais para estimar os fatores comuns e as relações estruturais que ligam os fatores latentes às variáveis (Marôco, 2011). Estes fatores permitem identificar as relações estruturais entre as variáveis que, de outra forma, passariam despercebidas no conjunto vasto de variáveis originais (Marôco, 2011).

Um dos pressupostos da AFE é que as correlações entre as variáveis originais são elevadas o suficiente para que a AFE tenha utilidade na estimativa de fatores comuns (Marôco, 2011). Para avaliar a qualidade dos dados recorreu-se ao teste de Esfericidade de Barlett e à “medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin*” (KMO). A medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) é uma medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis, constituindo o método de utilização mais geral para avaliar a adequação geral dos dados da matriz de correlação face à matriz de dados (Marôco, 2011). O teste de Esfericidade de Bartlett utiliza-se para testar a hipótese (H0) de que a matriz de dados (I) é igual à matriz das correlações (II): $H_0: II=I$. A AFE só é

útil se II for significativamente diferente de I, ou seja, se H_0 for rejeitada ($p\text{-value} < 0.001$).

Para obter a estimativa das comunalidades optou-se pelo “Método das componentes principais”, porque é o método mais comumente utilizado (Marôco, 2011). Depois de obtida a solução factorial inicial do questionário, isto é, depois de estimados os fatores que explicam o comportamento correlacional das variáveis, o passo seguinte foi decidir qual o número mínimo de fatores que se deve reter de forma a representar e resumir, apropriadamente, a informação presente nas variáveis originais. Para a decisão do número apropriado de fatores a reter, estabelecem-se os seguintes critérios:

1. Critério de Kaiser (ou regra do “eigenvalue superior a 1”)
2. Critério do Scree plot;
3. Os itens devem ter um peso factorial igual ou superior a 0.5 ($factor\ loadings \geq 0.50$);
4. A percentagem da variância explicada pelos factores retidos deve ser, no mínimo, de pelo menos 40% (Streiner & Norman, 2003), ou de pelo menos 50% (Marôco, 2011).

6.3.9. Avaliação da Consistência Interna

Para avaliar a consistência interna da versão portuguesa do POAM-P recorreu-se ao cálculo do coeficiente de *alpha* de Cronbach (α). Para uma boa consistência interna são aceitáveis valores de *alpha* de Cronbach entre 0.70 e 0.90. Adicionalmente, realizou-se a análise dos itens (correlações item-total e correlações entre itens), de forma a averiguar se as correlações eram relativamente fortes e verificadas por todos os itens.

6.3.10. Avaliação da Fiabilidade Teste- reteste

A fiabilidade teste-reteste foi avaliada aplicando a escala POAM-P a uma mesma amostra (132 utentes) em dois momentos diferentes, com intervalo de 4 a 7 dias, considerando-se o tempo suficiente para que o segundo momento de preenchimento do questionário não constituísse uma simples recordação do primeiro momento. Como

forma de cálculo recorreu-se à fórmula do CCI (2,1). Valores de fiabilidade acima de 0.75 indicam uma boa fiabilidade teste-reteste (Portney & Watkins, 2009).

6.3.11. Avaliação da Validade de Construto

Para verificação das hipóteses de estudo estabelecidas relativamente à validade de construto (validade convergente e discriminativa), realizou-se em primeiro lugar a análise da distribuição normal das variáveis, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (Marôco, 2011). Como não se verificou a existência de normalidade quanto à distribuição das variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (r_s), para verificação das hipóteses.

O valor absoluto da correlação deste coeficiente é considerado excelente quando $r_s \geq 0.90$; boa quando $0.70 \leq r_s < 0.90$; moderada quando $0.50 \leq r_s < 0.70$; fraca quando $0.30 \leq r_s < 0.50$; e muito fraca ou nenhuma correlação quando $r_s \leq 0.30$ (Wlodyka-Demaille et al., 2002).

Nas hipóteses relativas à avaliação da validade de construto, o nível de significância estabelecido, para o qual os valores se consideraram satisfatórios foi de $p \leq 0.05$.

7. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados dos estudos efetuados: estudo 1 – Adaptação Cultural do POAM-P, e estudo 2 - Avaliação das propriedades psicométricas – Consistência Interna, Fiabilidade Teste- reteste e Validade de Construto. Para o estudo 1, descrevemos os resultados obtidos, em cada fase do processo da adaptação cultural do POAM-P: processo de tradução, retroversão, validação por comité de peritos, estudo piloto, com revisão por peritos na área e *Cognitive Debriefing*, e auditoria final. Relativamente ao estudo 2, apresentaremos os resultados da avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa da POAM-P, nomeadamente, da consistência interna, fiabilidade teste- reteste e validade de construto, numa amostra de 132 utentes com DLCI.

7.1. Estudo 1 – Adaptação Cultural do POAM-P

7.1.1. Processo de tradução

No processo de tradução não surgiram divergências significativas entre os tradutores. Aquando da realização da versão síntese 1, foi igualmente fácil obter o consenso entre os três membros do painel (Apêndice V). Para resolver a divergência quanto à utilização, por ambos os tradutores, das expressões “coisas” e “atividades”, optou-se por manter a alternância das mesmas, conforme surgem na versão original. Pareceu-nos a decisão mais adequada, uma vez que nem todas as situações, por exemplo de agravamento de sintomas, estão associadas a atividades.

A divergência relativa ao uso dos verbos “agravar” e “piorar”, por ambos os tradutores, foi resolvida ao aceitar a sugestão do tradutor 1, que afirma que a expressão “piorar” poderá ser mais facilmente compreendida pelos utentes/ participantes no estudo.

Ambos os tradutores afirmaram ter tido dificuldades na tradução da questão 14: “*I go slower and work at a steady pace when I’m doing things*”. Afirmaram igualmente que esta questão é muito semelhante à questão 9: “*I do my activities at a slow and steady pace*”. Utilizou-se a forma verbal “avanço” para traduzir a oração “*I go slower*”, uma vez que, embora não seja a tradução directa, de acordo com o tradutor 1, parece manter o significado e simultaneamente ser facilmente compreendida.

Na versão síntese 1, a instrução “*For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities*” foi traduzida para “Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias”. Contudo, aquando da análise das retroversões, verificámos que a tradução estava incorrecta, alterando o significado da mesma. Corrigiu-se, então, a afirmação para: “Para cada uma das afirmações abaixo, seleccione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias”.

7.1.2. Processo de retroversão

As divergências aquando da retradução (Apêndice VIII) surgiram com a tradução dos verbos “realizar” e “fazer”, pois ambos foram utilizados ao longo do questionário. De acordo com o retradutor 1, uma vez que são sinónimos, optámos por utilizar, respectivamente, “to perform” e “to do”, na tradução para a língua inglesa.

De acordo com o retradutor 1, sendo o instrumento de medida de autopreenchimento por parte dos utentes, o título do questionário *Patterns of Activity Measure-Pain* deveria ser igualmente traduzido, para a compreensão por parte de quem o preenche. O retradutor 2 aborda a forma de classificação de 0 a 4, considerando confuso o facto de haver apenas 3 classificações (nunca, às vezes e sempre) para uma escala com 5 possibilidades. Na opinião do retradutor bastava só classificar os extremos.

Nenhuma das sugestões foi acolhida pelo painel de peritos (Apêndice IX), decidindo manter a designação e forma de classificação originais do instrumento, uma vez que esta implicaria alterações na estrutura de classificação da versão original do questionário.

7.1.3. Validação pelo Comité de Peritos

Atentando nos comentários do Comité de Peritos, todos consideraram haver, em geral, equivalência conceptual, linguística (semântica), idiomática e experiencial entre a versão original e as versões síntese obtidas. No entanto, cada elemento do Comité, apontou algumas alterações a realizar (Apêndice X).

O perito em linguística afirma que, por fidelidade à versão original, deve-se traduzir “*make the pain worse*” sempre pela mesma expressão em português e não com a

diversidade existente: “piorar a dor” e “agravar a dor”, optando por uma delas. Aceitou-se a sugestão, optando-se pelo verbo “piorar”.

Na questão 3, por uma questão de paralelismo com as afirmações anteriores, o perito sugere que a oração “Quando estou a fazer uma atividade” venha no início, tendo sido aceite a sugestão. Na questão 10, o perito recomendou a alteração da afirmação “Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper” para “Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper”, seguindo-se a recomendação.

Por sugestão do perito, alterou-se a questão 12, de: “Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde” para “Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde”, a questão 20, de “Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor” para “ Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor” e a questão 27, de: “Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez” para “Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez. Decidiu-se, ainda, por recomendação do perito em linguística, apresentar a versão final da escala em concordância com a nova norma ortográfica.

O perito em Musculo-esquelética 1 considera que as questões estão adequadamente traduzidas para a língua portuguesa e todas as questões da versão síntese 1 mantêm a equivalência conceptual e linguística face à versão original. A equivalência idiomática foi obtida pelo ajuste de algumas palavras/expressões da versão original. A equivalência experiencial mantém-se, pois o termo “atividade” aparece sempre numa perspectiva genérica, não comprometendo dessa forma a sua adequabilidade à população portuguesa. Permitirá até, que os utentes preencham a escala de acordo com as atividades que habitualmente realizam, o que pode constituir um aspecto positivo comparativamente a outras escalas. Relativamente à retrotradução, o perito considera que apresenta algumas divergências face à versão original, contudo, tal dever-se-á apenas às diferenças existentes entre as regras linguísticas de cada língua. Apesar de haver itens em que a retrotradução não segue a mesma estrutura que a versão original, a equivalência semântica é mantida. Na retrotradução da questão 20, o facto do verbo

estar no futuro pode alterar o significado da frase, sugerindo-se a sua manutenção no tempo presente, *“I keep doing until I cannot stand the pain anymore”*, tendo sido aceite a sugestão.

O perito em Musculo-Esquelética 2 considera que a tradução dos itens mantêm a equivalência conceptual, linguística, idiomática e experiencial, tendo dúvidas, apenas, nas questões 4 e 23: *“I take on extra tasks when I am having a good pain day”* e *“I do extra on days when my pain is less”*, respectivamente. A tradução respectiva: “Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor” e “Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor” é praticamente a mesma e pode sugerir repetição ou redundância da questão. No entanto, o perito reconhece que corresponde à tradução da versão original. Na versão de retrotradução, o perito propõe a substituição de “*little*” por “*while*” na questão: *“When I do an activity, I work a little, I take a break and come back again to work”*, uma vez que não têm o mesmo significado. A sugestão foi aceite.

Houve alterações propostas por elementos do Comité que não foram realizadas por decisão de consenso do Comité (Apêndice XI e XII): nas questões 7 e 16, o perito em músculo-esquelética 2 considerou que, apesar da versão de retrotradução manter a equivalência, o inglês não era o mais adequado. No entanto, decidiu-se manter as versões da retroversão. Na questão 4, o perito trocava a ordem da afirmação: “Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor”, por “Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra”. Decidiu-se, porém, manter a ordem inicial à semelhança da ordem da versão original: *“I take on extra tasks when I am having a good pain day”*. Na questão 27, o mesmo perito utilizaria o verbo “realizar” em vez de “fazer”, na versão portuguesa. Manteve-se, no entanto, a afirmação: “Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez”, traduzindo-se à letra a questão da versão original: *“Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time”*.

Em geral, foi fácil obter um consenso entre todos os elementos intervenientes no processo de tradução e retroversão do questionário POAM-P, não surgindo grandes divergências nas sugestões e comentários apontados individualmente.

Ao solicitar ao autor principal da POAM-P original, o parecer acerca da retroversão obtida, este afirmou que a tradução do questionário parecia excelente¹⁴ (Apêndice XIII). O único item que parece alterar conceptualmente o questionário, é o item 18. Segundo o autor, a retroversão deste item parece ter perdido a ideia de continuidade da atividade durante o máximo tempo que se consegue. A crítica do autor foi aceite, pelo que alteramos o item 18, substituindo a afirmação “Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir.” para “Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer até não conseguir mais”. Posto isto, obtivemos a versão pré-final da escala POAM-P (Apêndice XIV).

7.1.4. Estudo Piloto

Foram distribuídos 48 questionários por nove instituições, tendo sido devolvidos 37. Destes, foram excluídos dois porque os utentes não cumpriam os critérios de inclusão (mais de 65 anos) e um porque o utente preencheu apenas o questionário de caracterização socio-demográfica.

Dos 34 questionários incluídos no estudo piloto, verifica-se que mais de 2/3 da amostra são do sexo feminino (23 utentes) e 11 utentes do sexo masculino. A média de idades é de 45,8 anos, tendo o participante mais novo, 21 anos, e o participante mais velho 64 anos. As habilitações académicas vão desde o ensino primário (9 participantes) ao ensino superior completo (5 participantes), tendo 11 o ensino o básico completo, um o ensino secundário incompleto e oito o ensino secundário completo. Da amostra de 34 participantes, 25 estão no ativo, um é estudante, quatro são domésticas e quatro são reformados. Da população ativa, 23 participantes trabalham a tempo inteiro e dois trabalham a tempo parcial. As profissões incluem: empresários, construtores civis, auxiliares de lar, directora técnica de lar, fisioterapeutas, auxiliar de fisioterapia, escriturárias, administrativas, empregado fabril, operadores, mecânico e bate-chapas.

¹⁴ Resposta original do autor, via e-mail: “The translation of the measure looks excellent. The only item that seems to have changed conceptually is item 18. The back translation for this item seems to have lost the idea of continuing the activity for as long as you can. Otherwise it looks good”.

No que se refere à caracterização da dor crônica lombar, 21 participantes afirmam que a dor tem mais de 24 meses, seis participantes têm a dor há 3 – 6 meses, um há 6-12 meses e seis há 12-24 meses. Dos 34 participantes, 20 afirmam que a dor prolonga-se para o membro inferior, enquanto 14 afirmam que tal não acontece (Tabela 6).

Tabela 6- Características sócio-demográficas e clínicas dos utentes participantes no estudo piloto.

Utente	Sexo	Idade	Estado Civil	Hab. Literárias	Profissão	Sit. Profissional Actual	Tempo de dor lombar	Dor prolonga-se para a perna?
1	F	32	Casada	Superior Completo	Directora técnica IPSS	Tempo inteiro	3-6 meses	Não
2	F	23	Solteira	Secundário Completo	Escriturária	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Sim
3	M	46	Casado	Secundário Completo	Empresário	Tempo inteiro	6-12 meses	Não
4	F	50	Casada	Primário	Auxiliar Lar	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Sim
5	F	21	Solteira	Secundário Completo	Estudante	NA	12-24 meses	Não
6	F	30	Casada	Secundário Completo	Escriturária	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Não
7	F	59	Solteira	Básico Completo	Operadora ocupacional	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Não
8	F	58	Casada	Superior Completo	Empresária	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Sim
9	M	46	Casado	Básico Completo	Empresário	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Não
10	M	53	Casado	Primário	Bate-chapas	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Não
11	F	47	Casada	Básico Completo	Administrativa	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Não
12	F	54	Casada	Básico Completo	Doméstica	Doméstica	12-24 meses	Sim
13	M	54	Casado	Primário	Empregado fabril	Tempo inteiro	12-24 meses	Não
14	F	54	Casada	Primário	Doméstica	Doméstica	Mais de 24 meses	Sim
15	M	47	Casado	Básico Completo	Mecânico pesados	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Sim

16	M	47	Casado	Básico Completo	Encarregado	Tempo inteiro	3-6 meses	Sim
17	M	30	Solteiro	Básico Completo	Operador auxiliar de processo	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Não
18	F	52	Divorciado	Secundário Completo	Auxiliar de educação	Tempo parcial	Mais de 24 meses	Sim
19	F	46	Casada	Secundário Incompleto	Administrativa	Tempo inteiro	3-6 meses	Sim
20	M	49	Divorciado	Básico Completo	Reformado (Construtor Civil)	Reformado	Mais de 24 meses	Sim
21	F	53	Casada	Primário	Doméstica	Doméstica	Mais de 24 meses	Sim
22	F	25	Solteira	Superior Completo	Fisioterapeuta	Tempo inteiro	12-24 meses	Não
23	M	55	Casado	Primário	Construtor	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Sim
24	F	64	Casada	Primário	Reformada (empregada fabril)	Reformada	Mais de 24 meses	Não
25	F	49	Casada	Primário	Ajudante acção directa (Lar)	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Sim
26	F	43	Casado	Secundário Completo	Auxiliar fisioterapia	Tempo parcial	Mais de 24 meses	Sim
27	F	31	Solteira	Superior Completo	Fisioterapeuta	Tempo inteiro	3-6 meses	Sim
28	F	50	Casada	Primário	Doméstica	Doméstica	Mais de 24 meses	Não
29	F	44	Casada	Básico Completo	Auxiliar Lar	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Sim
30	M	52	Casado	Básico Completo	Empresário	Tempo inteiro	12-24 meses	Sim
31	M	38	Casado	Básico Completo	Construtor Civil	Tempo inteiro	12-24 meses	Sim

32	F	57	Casada	Superior Completo	Aposentada (professora)	Reformada	3-6 meses	Sim
33	F	61	Casada	Secundário Completo	Reformada	Reformada	3-6 meses	Sim
34	F	37	Casada	Secundário Completo	Escriturária	Tempo inteiro	Mais de 24 meses	Não

Nas respostas às questões da versão portuguesa pré-final do POAM-P, um participante não respondeu à questão 7, outro participante não respondeu à questão 13, outro à questão 14, outro à questão 21 e 24, outro à questão 25 e dois participantes não responderam à questão 26. No entanto, aquando o questionário aos participantes, todos responderam “Não” à questão “Opôs-se a responder a alguma questão?”, levando a crer que a ausência de resposta às questões enumeradas acima ter-se-á devido a distração / esquecimento dos participantes.

Apenas 10 elementos da amostra fizeram comentários ao questionário. Destes utentes, apenas dois utentes afirmam que as instruções da POAM-P-VP não são claras: um refere "Acho que está pouco esclarecido" e outro indica que “as afirmações são repetitivas e a dor limita a atividade dependendo da atividade”. Três participantes antecipam que poderão existir dificuldades na compreensão das instruções: um afirma que as opções "nunca" e "sempre" ficam confusas quando os itens estão na negativa, exemplificando com o item 2: "Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada"; os outros dois utentes não indicam as suas razões.

Uma utente afirma que falta referir algum aspecto nas instruções mas não refere nenhum aspecto.

Todos os utentes respondem afirmativamente à questão “na sua opinião, os termos e palavras utilizadas no questionário que preencheu são fáceis de compreender (por parte de profissionais de saúde ou utentes)?”.

Dois utentes responderam “Sim”, à questão “Considera alguma questão pouco clara ou ambigua?”, mas não indicam qual ou quais as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender.

Três utentes responderam afirmativamente à questão “Teve alguma dificuldade em escolher uma opção de resposta devido à estrutura do questionários?”: uma utente afirma que "uma vez que existem várias atividades que fazemos diariamente, umas temos mesmo que parar, outras dá para fazer até ao fim", ficando indecisa na opção de resposta. Outra utente refere que teve dificuldade nalgumas questões que “de modos diferentes perguntam a mesma coisa”; a terceira utente refere que teve dificuldades nas "afirmações mais idênticas".

Uma utente refere ter tido dificuldades de leitura, referindo que o questionário é “demasiado extenso e repetitivo”.

Apenas uma utente referiu que não considera o formato do questionário claro e sugestivo, referindo que "não há necessidade de repetir as afirmações: “a questão 6 é igual à 11 e a 17 é igual à 27. Há atividades em que se tolera mais a dor que outras”.

Outra utente respondeu "Não" à questão 4 do questionário dos participantes, mas não indica as palavras em que teve dificuldade ou que não compreendeu. Na questão 10 afirma "Acho que existem perguntas muito repetitivas".

7.1.5. Cognitive Debriefing

Realizaram-se 5 entrevistas a cinco dos utentes incluídos na amostra, três do género feminino e dois do género masculino (todos de língua materna portuguesa, a viverem em Portugal, sem ligações à área da saúde e representativos em termos de diversidade de idade, género, nível educacional e nível sócio-económico da população portuguesa).

A 1ª entrevista foi realizada a uma utente de 32 anos, directora técnica de uma instituição de solidariedade social, com ensino superior completo. De acordo com a participante, não há nenhuma questão a apontar, em particular, quanto à clareza, compreensão, relevância cultural e adequação das palavras utilizadas, considerando que todas as questões são claras e com termos facilmente perceptíveis, quer por profissionais de saúde quer por utentes. Na opinião da participante, o questionário não deveria ter um número ímpar de opções de resposta, afirmando que a tendência das pessoas é assinalar a opção do meio. Apesar de não haver ambiguidades nas questões, há uma repetição excessiva das mesmas. A utente afirma que, embora formuladas de forma diferente, há questões que têm o mesmo significado, enumerando aquelas em que verificou isso mesmo: 5, 12,17,21,27 e 29. Questiona, em seguida, se tal será uma estratégia para uma melhor conclusão acerca das respostas dos participantes.

A 2ª entrevista foi realizada a uma utente de 50 anos, auxiliar de lar, com ensino primário. Segundo a utente, as instruções estão pouco esclarecidas afirmando que “seria mais fácil de perceber se a (hipótese de) resposta fosse sim ou não. De resto, considera que as questões são claras e facilmente perceptíveis, mas há questões que se repetem, apesar de serem

feitas de formas diferentes, “levando-me a recuar no questionário, ao preencher, para ver se coloco as mesmas respostas para as mesmas perguntas”.

A 3ª entrevista foi realizada a uma utente de 23 anos, escriturária, com ensino secundário completo. De acordo com a utente as instruções e questões são claras e facilmente compreendidas, contudo, afirma que o termo “atividade” é muito abrangente, ficando, em dúvida em algumas questões, quanto à hipótese de resposta a dar. De acordo com a utente, “uma vez que existem várias atividades que fazemos diariamente, umas temos mesmo que parar, outras dá para fazer até ao fim”, ficando indecisa no que responder em questões como “Quando estou a fazer uma atividade, não a interrompo até estar terminada”.

A 4ª entrevista foi realizada a um utente com 46 anos, empresário, administrador de um ginásio, e com ensino secundário completo. De acordo com o utente, todas as questões são claras e facilmente perceptíveis, mas há questões que se repetem, apesar de serem feitas de formas diferentes, levando-o a recuar ao preencher o questionário, para verificar o que respondeu na resposta semelhante anterior.

A 5ª entrevista foi realizada a um utente com 54 anos, empregado fabril e com ensino primário. Afirma que percebeu bem todas as questões, mas que “é enfadonho estar sempre a responder ao mesmo, porque as perguntas parecem ser quase todas iguais”.

Resumindo, para a grande maioria dos participantes, as questões são claras, facilmente compreendidas quer por utentes com mais habilitações, quer por utentes com menos. As palavras utilizadas no instrumento, estão também adequadas à população portuguesa. Dos comentários feitos, destaca-se a referência à repetição de questões quanto ao seu significado, apesar de serem colocadas de forma diferente.

7.1.6. Revisão por peritos na área

Relativamente à **revisão por peritos na área**, participaram uma médica reumatologista e uma fisioterapeuta (Apêndice XXI). A médica reumatologista, com 12 anos de experiência específica na área em estudo, considera que as instruções do POAM-P são claras e antecipa que não existirão dificuldades na compreensão das instruções. Considera, no entanto, que falta referir aspectos nas instruções: limitar a avaliação a um período de tempo específico (uma semana, um mês, por exemplo) e acrescentar, no final: “(...) como habitualmente realiza as suas atividades diárias, quando tem dor”. Na questão “Considera alguma questão

pouco clara ou ambígua?” a perita responde que sim e coloca a questão: “a pergunta 12 não é redundante com as 17, 21, 27 e 29?”. A perita teve alguma dificuldade em escolher uma opção de resposta devido à estrutura do questionário, questionando se não seria melhor, em vez de “às vezes” para as classificações de 1 a 3, dividir em: “muitas vezes” para 3, “às vezes” para 2 e “poucas vezes” para 1. A perita não teve dificuldades de leitura, nomeadamente devido ao tamanho/tipo de letra utilizado ou estrutura/formato do questionário, considera o formato do questionário claro e sugestivo e não se opôs a responder a nenhuma questão.

Como sugestões, a perita refere:

1. “A avaliação da dor em termos de “piorar”, engloba várias questões diferentes: a intensidade, o tipo, as características específicas... se o que queremos avaliar é realmente o aumento da intensidade da dor com a realização de atividades, penso ser mais correcto, em todas as perguntas em que se diz “começa a piorar”, “pioram a dor”, substituir por “começa a aumentar”, “aumentam a dor”. O mesmo para “melhor” - menos intensa”.
2. “Atividades diárias” é um termo demasiado vasto, mas penso que para o que se pretende saber, talvez seja o melhor. Limitar certo tipo de atividade iria ser mais específico, mas desajustado para alguns doentes”.

No que se refere a questões específicas, a perita escreveria a questão 5 da seguinte forma: “Quando começo uma atividade penso como dividi-la em partes intealadas com repouso”, em vez de “Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas”. A perita considera redundantes as questões 21, 27 e 29, afirmando que acrescentaria “por causa da dor” a cada questão. Na pergunta 30, acrescentaria, no final: “por causa da dor”.

No conjunto as sugestões referidas por esta perita envolveriam alterações na estrutura original do instrumento pelo que nenhuma foi acolhida.

A 2ª perita, fisioterapeuta, com 30 anos de experiência profissional em músculo-esquelética, considera que as instruções são claras; não antecipa que poderão existir dificuldades na compreensão das instruções; o formato do questionário é claro e sugestivo; os termos e palavras utilizadas são fáceis de compreender, quer por parte de profissionais de saúde quer por utentes; não teve dificuldade em escolher uma opção de resposta devido

à estrutura do questionário, nem dificuldade de leitura, nomeadamente devido ao tamanho/tipo de letra utilizado ou estrutura/ formato do questionário. Considera, porém, que a afirmação 2 “Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada” pode ser pouco clara ou ambígua na medida em que está na negativa e as respostas nunca (0) e sempre (4) podem tornar-se pouco claras. Sugere, assim, que se altere a afirmação para “Quando estou a fazer uma atividade continuo a fazê-la sem interromper até estar terminada” ou “Quando estou a fazer uma atividade termino-a, sem a interromper”.

A sugestão da perita não foi acolhida, uma vez que o questionário apresenta mais do que um item escrito na forma negativa, nomeadamente, o item 22 “Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor”. Por uma questão de congruência, uma vez que a perita sugeriu apenas a alteração de um dos itens que estava na negativa, decidimos não alterar a afirmação.

Como comentário final, a perita afirma “Parece-me um questionário bem elaborado, nomeadamente pela forma como as questões estão colocadas, no sentido de as repetir/confirmar, formulando-as de outra maneira”.

7.1.7. Auditoria

A perita em Metodologia, após a revisão de todo o processo de adaptação da escala “*Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)*” para a população portuguesa e respectiva documentação disponibilizada, considera que os procedimentos descritos e documentados cumprem os requisitos necessários à minimização do risco de viés ao longo de todas as fases do processo. A documentação apresentada é demonstrativa do cumprimento de todos os procedimentos propostos, pelo que a considera adequada, encontrando-se assim garantida a equivalência do conteúdo entre a fonte original e a nova versão da referida escala (Apêndice XXII).

Em resumo, a adaptação transcultural do POAM-P foi realizada mediante uma sequência de processos, segundo as normas orientadoras atuais desenvolvidas para este efeito. A análise das sugestões e críticas apontadas pelos diferentes intervenientes nas diferentes fases deste processo, desde utentes a *experts* de diferentes áreas (clínica, linguística e metodologia) e a posterior aprovação do instrumento por parte dos mesmos, permitiu a obtenção da versão portuguesa do POAM-P (POAM-P-VP).

7.2. Estudo 2 - Avaliação das propriedades psicométricas – consistência interna, fiabilidade teste- reteste e validade de construto

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos com base numa amostra de 132 participantes, que cumpriram os critérios de inclusão para o presente estudo. Inicialmente, expomos as características sócio-demográficas e clínicas dos participantes, obtidas através do Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica – Dor Lombar Crónica, a respetiva distribuição das frequências absolutas e relativas, assim como as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas. As características sócio-demográficas analisadas foram: o género, a idade, o estado civil, atividade profissional, formação profissional específica, situação profissional atual e valores de Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes. Quanto às características clínicas, recolhemos os dados relativos à duração da dor, localização (referida ou não para o membro inferior), toma de medicação para a dor lombar, ausência ao trabalho devido à dor, número e duração das faltas ao trabalho e existência ou não de baixa remunerada no último ano. Seguidamente, apresentamos os resultados obtidos através das respostas dos participantes aos questionários POAM-P-VP e TSK-13-VP, aplicados em diferentes momentos de avaliação. Estes dados permitiram analisar aspetos da estrutura factorial, consistência interna, fiabilidade teste-reteste e validade de construto da escala POAM-P-VP. Os resultados desta análise são apresentados no final do capítulo.

7.2.1. Características Sócio-Demográficas dos utentes participantes no estudo

A amostra do estudo incluiu 132 participantes (73.3% do género feminino), que realizaram fisioterapia em Hospitais/Clínicas das regiões de Lisboa, Leiria e Funchal, devido à sua condição de DLCI. A idade dos participantes varia entre 18 e 65 anos (média= 46.5 anos, desvio padrão (DP)=12.66). A maioria dos participantes é casada (55.7%), 22.1% são solteiros, 13.7% divorciados, 6.9% vivem em união de facto e 1.5% são viúvos. Relativamente às habilitações literárias, as percentagens mais elevadas encontram-se nos extremos do nível académico: 24.4% dos participantes têm apenas o ensino primário enquanto 23.7% têm o ensino superior completo. 19.1% dos participantes perfizeram o ensino básico, 17.6% apresentam o ensino secundário ou equivalente incompleto, 10.7% perfizeram o ensino secundário ou equivalente e 4.6% apresentam o ensino superior incompleto.

No que respeita à atividade profissional, 25.8% dos participantes são trabalhadores não qualificados, 21.1% incluem-se no grupo de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, e 19.5% constituem especialistas das atividades intelectuais e científicas. 45% dos participantes têm formação profissional específica, ao contrário dos restantes 55%. Relativamente à situação profissional atual, 60.3% dos utentes estão a trabalhar a tempo inteiro, 12.2% são reformados, 10.7% são domésticos, 7.6% estão desempregados, 5.3% encontram-se a trabalhar a tempo parcial e 3.8% são incapazes de trabalhar devido ao seu problema. Ao analisar os valores de Índice de Massa Corporal (IMC) verificou-se que, de acordo com a Classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), 59.7% têm um peso acima do normal: 41.1% têm excesso de peso e 18.6% encontra-se num grau de obesidade (14.7% com obesidade grau I, 3.1% com obesidade grau II e 0.8% com obesidade mórbida). 39.5% da amostra têm peso normal e apenas um participante (0.8%) apresenta peso abaixo do normal (Tabela 7).

Tabela 7- Variáveis de caracterização sócio demográfica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: idade, género, estado civil, nível de escolaridade, atividade profissional, formação específica, situação profissional atual e IMC (n=132).

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (Fa)	Frequência relativa (Fr)	Estatística descritiva: medidas de tendência central e de dispersão para variáveis numéricas; (n)
				Média: 46.5
Idade				Mediana: 49.0 Desvio Padrão: ± 12.66 anos mín. –máx.: 18-65 anos
Género	Masculino	35	26.7%	(n=132)
	Feminino	96	73.3%	
Estado Civil	Solteiro (a)	29	22.1%	(n=132)
	Casado (a)	73	55.7%	
	União de Facto	9	6.9%	
	Viúvo (a)	2	1.5%	
	Divorciado (a)	18	13.7%	
Nível de Escolaridade	Ensino Primário	32	24.4%	(n=132)
	Ensino Básico	25	19.1%	

	Ensino Secundário Incompleto	23	17.6%	
	Ensino Secundário Completo	14	10.7%	
	Ensino Superior Incompleto	6	4.6%	
	Ensino Superior Completo	31	23.7%	
	Profissões das Forças Armadas	1	0.8%	
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3	2.3%	
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	25	19.5%	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	17	13.3%	
	Pessoal administrativo	11	8.6%	
Atividade Profissional	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	27	21.1%	(n=129)
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2	1.6%	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	5	3.9%	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4	3.1%	
	Trabalhadores não qualificados	33	25.8%	
Formação Profissional	Não	72	55.0%	(n=132)

Específica	Sim	59	45.0%	
	A trabalhar a tempo inteiro	79	60.3%	
Situação Profissional Atual	A trabalhar a tempo parcial	7	5.3%	
	Incapaz devido ao seu problema	5	3.8%	(n=132)
	Desempregado(a)	10	7.6%	
	Reformado(a)	16	12.2%	
	Doméstico(a)	14	10.7%	
IMC	Abaixo do Peso Normal	1	0.8%	
	Peso Normal	51	39.5%	
	Excesso de Peso	53	41.1%	(n=130)
	Obesidade Grau I	19	14.7%	
	Obesidade Grau II	4	13.1%	
	Obesidade Mórbida	1	0.8%	

7.2.2. Características Clínicas dos utentes participantes no estudo

Ao analisar as características clínicas dos participantes no estudo, verificamos que, relativamente à duração da dor, a maioria dos utentes tem a dor lombar há mais de 24 meses (65.6%), 10.7% tem a dor há 12-24 meses, 9.9% há 6-12 meses e 13.7% há 3-6 meses. Em termos de localização da dor, 51.9% dos participantes referem que a dor se prolonga para a perna, contrariamente aos restantes 48.1%. 45% dos utentes recorrem a medicação para a dor, enquanto 55% não fazem. Devido à dor, 31.3% dos utentes faltaram ao trabalho, no último ano. Destes, 51.2% faltaram mais de 3 vezes ao trabalho, 14.6% faltaram 3 vezes, 9.8% faltaram 2 vezes e 22.0% faltaram 1 vez; um participante (2.4%) afirmou ter faltado ao trabalho, mas não refere quantas vezes faltou. 43.9% dos utentes que faltaram ao trabalho estiveram ausentes por mais de uma semana, 14.6% durante uma semana, 17.1% durante 3 dias, 12.2% durante 2 dias e 7.3% durante 1 dia. Dois utentes que faltaram (4.9%) não responderam por quanto tempo se ausentaram ao trabalho. 22.9% dos

utentes afirmam ter estado de baixa remunerada no último ano, ao contrário dos restantes 77.1% (Tabela 8).

Tabela 8- Variáveis de caracterização clínica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: duração da dor, localização da dor, medicação para a dor, ausência ao trabalho devido à dor no último ano, número total de faltas, duração das faltas e baixa remunerada no último ano (n=132).

Variável em análise	Categorias da variável	Frequência absoluta (Fa)	Frequência relativa (Fr)
Duração da dor (n=132)	3-6 meses	18	13.7%
	6-12 meses	13	9.9%
	12-24 meses	14	10.7%
	Mais de 24 meses	86	65.6%
Localização da dor (n=132)	Não se prolonga para a perna	63	48.1%
	Prolonga-se para a perna	68	51.9%
Medicação para a dor (n=132)	Não	72	55.0%
	Sim	59	45.0%
Faltas ao trabalho devido à dor lombar no último ano (n=132)	Não	90	68.7%
	Sim	41	31.3%
Número total de faltas (n=41)	1 vez	9	22.0%
	2 vezes	4	9.8%
	3 vezes	6	14.6%
	Mais de 3 vezes	21	51.2%
	Não respondeu	1	2.4%
Duração das faltas (n=41)	1 dia	3	7.3%
	2 dias	5	12.2%
	3 dias	7	17.1%
	1 semana	6	14.6%

	Mais de 1 semana	18	43.9%
	Não respondeu	2	4.9%
Baixa no último ano devido à dor (N=132)	Não	101	77.1%
	Sim	30	22.9%

7.2.3. Análise Factorial Exploratória

Os procedimentos para a averiguação da estrutura factorial da POAM-P--VP exigiu a verificação prévia de uma correlação suficientemente elevada entre as variáveis. O Teste de Esfericidade de Barlett e a medida de adequação da amostragem de KMO, constituem uma forma de avaliação dessa qualidade dos dados.

No que respeita à avaliação da adequação geral da matriz de correlação, verificamos que o teste de Esfericidade de Bartlett apresenta um *p-value* (sig.) < 0.001, pelo que rejeitamos H0 (Tabela 9). Posto isto, as variáveis estão significativamente correlacionadas, justificando a AFE. O valor resumido do KMO é de 0.891 \approx 0.9, traduzindo uma recomendação excelente face à análise factorial, conforme a classificação de Marôco (2011) (Tabela 9).

Tabela 9 - Teste de Esfericidade de Bartlett e Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		,891
	Approx. Chi-Square	2078,264
Bartlett's Test of Sphericity	Df	435
	Sig.	,000

Na tabela das comunalidades verificamos que a maioria das variáveis apresenta um valor superior a 0.6, refletindo que se relacionam em algum grau (Norman & Streiner, 2008).

Com a aplicação do método de extração, verificamos que, conforme a regra *eigenvalue* superior a 1, é possível resumir a informação relacional entre as variáveis, em sete

componentes ortogonais. Estes sete componentes explicam 66.24% da variância total das variáveis originais (Tabela 10).

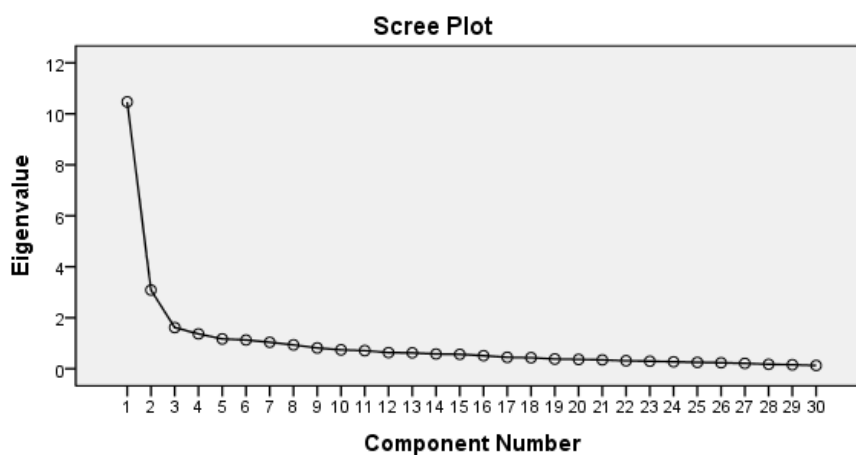
Tabela 10 - Variância total explicada do Modelo de 7 componentes

Item	Eigenvalues iniciais			Extração das somas do quadrado dos fatores		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	10,468	34,892	34,892	10,468	34,892	34,892
2	3,086	10,288	45,180	3,086	10,288	45,180
3	1,616	5,385	50,566	1,616	5,385	50,566
4	1,367	4,556	55,122	1,367	4,556	55,122
5	1,169	3,896	59,018	1,169	3,896	59,018
6	1,127	3,757	62,775	1,127	3,757	62,775
7	1,039	3,462	66,237	1,039	3,462	66,237
8	,935	3,117	69,353			
9	,816	2,722	72,075			
10	,742	2,473	74,548			
11	,712	2,373	76,921			
12	,634	2,114	79,035			
13	,624	2,079	81,114			
14	,578	1,925	83,039			
15	,566	1,887	84,926			
16	,513	1,711	86,638			
17	,448	1,493	88,130			
18	,433	1,442	89,572			
19	,381	1,272	90,843			
20	,365	1,217	92,061			
21	,345	1,151	93,212			
22	,313	1,042	94,254			
23	,295	,983	95,237			
24	,272	,908	96,145			
25	,251	,838	96,983			
26	,234	,780	97,763			
27	,211	,704	98,467			
28	,176	,586	99,053			
29	,157	,522	99,575			
30	,127	,425	100,000			

Método de extração: Análise das componentes principais

Ao analisar, em seguida, o *scree plot* obtido, verificamos que o último fator imediatamente anterior ao *scree* é o fator dois, devendo ser retidos os dois primeiros componentes de acordo com esta regra (Figura 3).

Figura 3- Scree Plot obtido da análise factorial



Tendo em conta que não devemos usar o critério do *eigenvalue* e o critério do *scree plot* como verdades absolutas, e dado que ambos apresentaram sugestões díspares, procedemos à análise de outras regras e sugestões que pudessem contribuir para uma melhor decisão sobre o número de fatores a reter. Assim, e de acordo com Marôco (2011), quantos mais componentes retemos menos útil se torna cada um deles, devendo reter apenas o número mínimo de fatores que permitam explicar convenientemente o fenómeno em estudo (Marôco, 2011). Posto isto, ao decidir não manter todos os componentes indicados pela regra do *eigenvalue* superior a 1, devemos proceder com os seguintes passos propostos por Streiner & Norman (2008):

1. verificar o *scree plot* e criar um novo eigenvalue ou um valor fixo de fatores a manter, conforme o valor sugerido pelo *scree plot*.
2. Em seguida procedemos a análises com mais e menos fatores e usamos a solução que fizer mais sentido (Norman & Streiner, 2008).

De acordo com *scree plot* obtido, estabelecemos o valor fixo 2 como o número de fatores a reter. Em seguida, confrontámos os dados obtidos até aqui com o critério “Variância extraída por cada fator e variância extraída total”, outra regra apontada por Marôco (2011) para ajudar a decidir o número apropriado de fatores. De acordo com este critério devemos reter os fatores que extraíam pelo menos 5% da variância total ou extrair um número mínimo de fatores de forma a explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais, considerando-se esta percentagem o mínimo aceitável (Marôco, 2011) (Tabela 11).

Tabela 11– Variância total explicada do Modelo de 3 componentes

Item	Eigenvalues iniciais			Extração das somas do quadrado dos fatores		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	10,468	34,892	34,892	10,468	34,892	34,892
2	3,086	10,288	45,180	3,086	10,288	45,180
3	1,616	5,385	50,566	1,616	5,385	50,566
4	1,367	4,556	55,122			
5	1,169	3,896	59,018			
6	1,127	3,757	62,775			
7	1,039	3,462	66,237			
8	,935	3,117	69,353			
9	,816	2,722	72,075			
10	,742	2,473	74,548			
11	,712	2,373	76,921			
12	,634	2,114	79,035			
13	,624	2,079	81,114			
14	,578	1,925	83,039			
15	,566	1,887	84,926			
16	,513	1,711	86,638			
17	,448	1,493	88,130			
18	,433	1,442	89,572			
19	,381	1,272	90,843			
20	,365	1,217	92,061			
21	,345	1,151	93,212			
22	,313	1,042	94,254			
23	,295	,983	95,237			
24	,272	,908	96,145			
25	,251	,838	96,983			
26	,234	,780	97,763			
27	,211	,704	98,467			
28	,176	,586	99,053			
29	,157	,522	99,575			
30	,127	,425	100,000			

Método de extração: Análise dos componentes principais.

Ao analisar as percentagens cumulativas da variância explicada pelos fatores, verificamos que, mantendo 7 componentes, estes explicam 66.24% da variância total. Mantendo os dois componentes sugeridos pelo *scree plot*, estes explicam apenas 45.18% da variância total das variáveis originais. Para explicar, pelo menos, 50% da variância total, devemos manter, no mínimo, três fatores, dado que explicam 50.57% da variância total. Verificamos também que, para cumprir a regra de retenção dos fatores que extraíam, pelo menos, 5% da variância total, devemos reter 3 fatores: os que extraem, respetivamente, 34.90%, 10.29% e 5.39% da variância total. O quarto fator extrai 4.56% da variância total, podendo não ser mantido. Decidimos, então, reter 3 fatores.

7.2.3.1. Modelo de 3 fatores

Após a retenção dos 3 fatores, não sabemos ainda o que estes significam: o primeiro

componente é simplesmente aquele que apresenta a maioria da variância total (Norman & Streiner, 2008). Ao analisar a matriz das 3 componentes extraídas (tabela 12), verificamos que, de acordo com Norman & Streiner (2008), existem aspectos que dificultam a interpretação dos dados obtidos. A maioria das variáveis (exceto Q2 e Q10) mostra algum grau de peso fatorial no primeiro componente; os pesos fatoriais variam entre -0.2 e 0.8 na primeira componente, -0.2 e 0.7 na segunda componente e -0.1 e 0.5 na terceira componente; todas as componentes são bipolares, ou seja, apresentam variáveis com valores positivos e negativos.

Tabela 12 - Matriz das 3 componentes extraídas

	Matriz de Componentes ^a			
	Componentes			
	1	2	3	
Q28	,791			,200
Q17	,787			
Q21	,782			
Q27	,775			
Q12	,757			
Q29	,756			,112
Q5	,751			-,149
Q6	,747			
Q19	,718			
Q16	,707			
Q14	,701			
Q3	,669			
Q13	,663	,168		-,114
Q9	,658			
Q11	,647	,173		,157
Q24	,625	-,169		
Q22	,607	-,188		,361
Q25	,605			,193
Q1	,602			,167
Q8	,595	,217		,212
Q30	,449	,240		
Q18	-,286	,666		,114
Q20	-,228	,630		,482
Q10		,620		,269
Q7	,264	,576		-,465
Q26	-,293	,557		,366
Q23	,329	,556		-,445
Q15	-,178	,520		
Q2		,363		
Q4	,158	,496		-,591

Método de extração: Análise das componentes principais.

a. 3 componentes extraídas

Através da análise da matriz inicial de 3 componentes, constatamos que a primeira componente apresenta pesos fatoriais elevados de 21 variáveis: Q1, Q3, Q5, Q6, Q8, Q9, Q10, Q11, Q12, Q13, Q14, Q16, Q17, Q19, Q21, Q22, Q24, Q25, Q27, Q28 e Q29, explicando 34,89% da variância total.

A segunda componente apresenta pesos fatoriais elevados das restantes nove variáveis: Q2, Q4, Q7, Q10, Q15, Q18, Q20, Q23 e Q26, explicando 10,29% da variância total.

A terceira componente não apresenta pesos fatoriais elevados de nenhuma variável, e explica 5,39% da variância total.

Posto isto, verificamos que não há uma distribuição equitativa das variáveis pelas três componentes, apresentando a grande maioria pesos fatoriais elevados na primeira componente e nenhum peso fatorial elevado na terceira componente. Tal fato leva-nos a interrogar acerca da necessidade de existência da terceira componente. De acordo com Norman & Streiner (2008), torna-se mais fácil interpretar os resultados da análise fatorial se conseguirmos simplificar a estrutura fatorial através de um método de rotação de fatores. Como tal, testamos essa hipótese, recorrendo ao método de rotação “Varimax” através do programa SPSS. De acordo com Marôco (2011), este é um dos métodos mais populares de rotação de eixos fatoriais e permite obter uma estrutura fatorial na qual cada variável está fortemente associada com um único fator e pouco associada com os restantes fatores; este método produz apenas fatores específicos (Marôco, 2011). Após a aplicação do método de rotação de fatores, verificamos que a primeira componente mantém pesos fatoriais elevados de 21 variáveis: Q1, Q3, Q5, Q6, Q8, Q9, Q11, Q12, Q13, Q14, Q16, Q17, Q19, Q21, Q22, Q24, Q25, Q27, Q28, Q29 e Q30, explicando 33,35% da variância total.

A segunda componente apresenta pesos fatoriais elevados de seis variáveis: Q2, Q10, Q15, Q18, Q20 e Q26, explicando 9,70% da variância total.

A terceira componente apresenta pesos fatoriais elevados de três variáveis: Q4, Q7 e Q23, representando 7,52% da variância total. Verifica-se que houve migração da variável Q10 do primeiro para a segunda componente e das variáveis Q4, Q7 e Q23 da segunda para a terceira componente (Tabela 13).

Tabela 13 - Matriz de rotação de componentes^a

	Componentes		
	1	2	3
Q28	,815		
Q27	,765		
Q21	,763	-,117	,127
Q29	,761		
Q17	,749	-,222	,138
Q12	,734		,187
Q6	,719	-,110	,182
Q16	,702	-,137	
Q19	,696	-,150	
Q5	,695	-,248	,215
Q11	,674	,121	
Q14	,673	-,142	,142
Q22	,661		-,303
Q8	,638	,194	
Q3	,637	-,111	,191
Q9	,629		,192
Q13	,629		,290
Q25	,628		-,106
Q1	,623		
Q24	,603	-,237	
Q30	,466	,167	,138
Q20		,814	-,107
Q26	-,173	,705	
Q18	-,216	,669	,210
Q10		,661	,103
Q15	-,128	,508	,183
Q2		,364	,104
Q4			,780
Q7	,185	,211	,735
Q23	,252	,193	,718

Método de extração: Análise dos componentes principais.
Método de rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.
a. Rotação convergente em 5 iterações.

Após a rotação, mantém-se o problema da distribuição muito desigual das variáveis e respetivos pesos fatoriais entre a primeira e a terceira componentes. Verifica-se também que todos os itens seleccionados apresentaram um peso factorial superior a 0.50 num dos três factores retidos, à excepção dos itens 2 e 30, pelo que foram retirados. Assim, o primeiro factor fica com 20 itens, o segundo factor com 5, e terceiro factor fica apenas com 3 itens (Q4, Q7 e Q23). A tabela 14 apresenta os pesos factoriais e comunalidades para cada um dos itens.

Tabela 14. Pesos factoriais e comunalidades para cada um dos itens do POAM-P-VP

Itens	Descrição do item	Fatores			Comunalidades	
		1	2	3		
Componente 1	Q1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	,623			,390
	Q3	Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.	,637			,455
	Q5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	,695			,620
	Q6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	,719			,590
	Q8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	,638			,562
	Q9	Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.	,629			,618
	Q11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	,674			,446
	Q12	Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.	,734			,441
	Q13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	,629			,457
	Q14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	,673			,473
	Q16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	,702			,579
	Q17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	,749			,481
	Q19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	,696			,492
	Q21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	,763			,308
	Q22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	,661			,512
	Q24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	,603			,629
	Q25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	,628			,538
	Q27	Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	,765			,517
	Q28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	,815			,681
Q29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	,761			,612	
Componente 2	Q10	Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.		,661		,534
	Q15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.		,508		,616
	Q18	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, até não conseguir mais.		,669		,419
	Q20	Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.		,814		,410
	Q26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.		,705		,530
Componente 3	Q4	Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.			,780	,603
	Q7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.			,735	,666
	Q23	Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor.			,718	,584

Quando comparamos as afirmações agregadas a cada uma das componentes, e considerando a componente 1, verificamos que a maioria das afirmações desta componente remetem para comportamentos de evitamento das atividades perante a dor ou para estratégias de fracionamento das atividades, como seja, parar a atividade, alternar com períodos de descanso, dividi-la, ou fazê-la devagar, remetendo para comportamentos de ritmo (Tabela 15).

Tabela 15 – Variáveis da componente 1 da POAM-P-VP

Variáveis	
Q1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.
Q3	Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.
Q5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.
Q6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.
Q8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.
Q9	Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.
Q11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.
Q12	Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.
Q13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.
Q14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.
Q16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.
Q17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.
Q19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.
Q21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.
Q22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.
Q24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.
Q25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.
Q27	Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.
Q28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.
Q29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.

No que se refere à componente 2, verificamos que todas as afirmações remetem para comportamentos de persistência face à atividade, que se caracterizam pela realização de tarefas ou atividades até ao limite máximo da intensidade da dor, independentemente da forma como as pessoas se sintam durante a realização das mesmas (Tabela 16).

Tabela 16 – Variáveis da componente 2 da POAM-P-VP

Variáveis	
Q10	Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.
Q15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.
Q18	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, até não conseguir mais.
Q20	Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.
Q26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.

Por fim, na 3ª componente, as afirmações associadas remetem para um comportamento que aproveita as flutuações na intensidade da dor para aumentar os níveis de atividade, ou seja, nos dias em que sentem menos dor realizam mais atividades (Tabela 17).

Tabela 17 – Variáveis da componente 3 da POAM-P-VP

Variáveis	
Q4	Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.
Q7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.
Q23	Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor.

Assim, e considerando a estrutura fatorial obtida neste estudo (POAM-P-VP), organizamos as componentes e respetivas variáveis e verificámos a sua semelhança com a estrutura proposta no questionário original (POAM-P ORIGINAL) (Tabela 18).

Tabela 18 - Modelo de 3 componentes

		POAM-P ORIGINAL		
		Componente 1	Componente 2	Componente 3
		Avoidance	Overdoing	Pacing
POAM-P-VP	Componente 1 (Evitamento)	1; 6; 8; 11; 13; 16; 19;22; 25; 28		3; 5; 9; 12; 14; 17; 21; 24; 27; 29
	Componente 2 (Persistência Excessiva)		10; 15; 18; 20; 26	
	Componente 3 (Persistência contingente com a dor)		4; 7; 23	

Após a comparação entre as variáveis das 3 componentes de ambas as escalas POAM-P-VP e POAM-P original, verificamos que:

- Todos os itens da subescala de *avoidance* e da subescala de *pacing* do POAM-P original se encontram na componente 1 do POAM-P-VP. Assim, e uma vez que o comportamento predominante é o de evitamento, e que as afirmações relativas à subescala de *pacing*

remetem para estratégias para lidar com esse evitamento, mantemos a designação de evitamento na versão portuguesa para esta subescala;

- Todos os cinco itens da componente 2 do POAM-P-VP estão incluídos na subescala *overdoing* do POAM-P original, mantendo-se por isso a designação de persistência na versão portuguesa. No entanto, e para diferenciar da componente 3, pelos motivos abaixo referidos, julgamos que se adequa a designação de Persistência Excessiva, tal como referido anteriormente por Kindermans, Roelofs et al. (2011), para esta subescala da versão portuguesa;

- Os três itens da componente 3 do POAM-P-VP, apesar de fazerem parte da subescala *overdoing* do POAM-P original, do ponto de vista semântico, diferenciam-se da componente 2, uma vez que remetem, não para a persistência na atividade apesar da dor, mas sim para o comportamento dos utentes quando a sua dor é menos intensa, situação que aproveitam para aumentar o nível de atividade. Assim, resolvemos utilizar a designação de persistência contingente com a dor, comportamento já referido anteriormente por Kindermans, Roelofs et al. (2011).

Uma vez que a construção das componentes não tem que conter, necessariamente, os mesmos itens que o instrumento original, avançamos para a análise da consistência interna e fiabilidade, tendo em conta as 3 componentes encontradas e respectivos itens do POAM-P-VP.

7.2.4. Fiabilidade da POAM-P-VP

7.2.4.1. Consistência Interna

Complementarmente a este estudo inicial de análise da estrutura factorial e de forma a contribuir para o processo de validação da versão portuguesa da POAM-P, procedemos à análise da consistência interna dos itens (através do *alpha* de Cronbach) e da distribuição dos resultados.

Para determinar a consistência interna da escala, as pontuações (médias) foram obtidas através do somatório das pontuações nos itens a dividir pelo número de itens da subescala respectiva e/ou escala total, sendo que à versão original da escala foram retirados dois itens (item 2 e 30), conforme referido no processo de análise factorial. A tabela 19 apresenta os valores para cada uma das componentes da versão portuguesa da escala.

A componente 1 (evitamento), constituída por 20 itens, apresenta um valor de *alpha* de Cronbach de 0.946 no momento T0, traduzindo uma elevada consistência interna (Tabela 19). Este valor elevado pode significar a existência de itens redundantes na componente, pelo que deve ser analisada a correlação item-a-item (Apêndice XXV). Ao analisar as correlações item-a-item e item-total da componente 1, através do Coeficiente de Correlação de Pearson, com nível de significância de 5%, verificamos que o valor mínimo de correlação foi de 0.196 e o valor máximo foi de 0.739. Não surgiu nenhum valor de correlação item-a-item ou item-total elevado (>0.95), pelo que não existirão itens redundantes.

A componente 2 (persistência excessiva), constituída por 5 itens, apresenta um valor de *alpha* de Cronbach de 0.747, o que traduz uma consistência interna aceitável (Tabela 19). No que se refere às correlações item-a-item, verificamos que o valor mínimo de correlação foi de 0.152 e o valor máximo foi de 0.566. Não surgiu nenhum valor de correlação item-a-item ou item-total elevado (>0.95), pelo que não existirão itens redundantes (Tabela 20 e 21). Nesta componente verificamos que se retirarmos o item Q15 da componente 2, a consistência interna aumenta de 0.747 para 0.752. Contudo, a diferença é mínima, pelo que se manterá o item (Tabela 20).

A componente 3 (persistência contingente com a dor), constituída por 3 itens, apresenta um valor de *alpha* de Cronbach de 0.758, o que traduz uma consistência interna aceitável (tabela 19). No que se refere às correlações item-a-item, verificamos que o valor mínimo de correlação foi de 0.508 e o valor máximo foi de 0.516, sendo a correlação média item-a-item de 0.511. Não surgiu nenhum valor de correlação item-a-item ou item-total elevado (>0.95), pelo que não existirão itens redundantes (Tabela 20 e 21).

Tabela 19 – Valores de consistência interna, mínimo, máximo, média e desvio-padrão das pontuações obtidas em cada componente.

Componentes	α Cronbach	N	Min. – Máx.	Média da pontuação total	Desvio Padrão
1 – Evitamento (20 itens)	0.946	128	1.352-2.633	40.84	17.897
2 - Persistência Excessiva (5 itens)	0.747	128	1.727-2.445	10.23	4.541
3- Persistência contingente com dor (3 itens)	0.758	128	2.195-2.656	7.14	3.119

Tabela 20 – Correlações dos itens com as subescalas e *alpha* com a retirada de cada item da versão portuguesa da POAM-P.

Escalas/ Componentes	Itens	Correlação do item com o total	<i>Alpha</i> da escala com a retirada do item
Componente 1 (Evitamento) ($\alpha = 0.946$)	Q1	0.572	0.944
	Q3	0.621	0.944
	Q5	0.705	0.942
	Q6	0.715	0.942
	Q8	0.558	0.944
	Q9	0.614	0.944
	Q11	0.616	0.944
	Q12	0.720	0.942
	Q13	0.616	0.944
	Q14	0.663	0.943
	Q16	0.690	0.942
	Q17	0.744	0.942
	Q19	0.686	0.943
	Q21	0.747	0.942
	Q22	0.582	0.944
	Q24	0.584	0.944
	Q25	0.581	0.944
	Q27	0.747	0.942
	Q28	0.776	0.941
Q29	0.726	0.942	
Componente 2 (Persistência Excessiva) ($\alpha = 0.747$)	Q10	0.449	0.727
	Q15	0.364	0.752
	Q18	0.583	0.675
	Q20	0.635	0.655
	Q26	0.537	0.694
Componente 3 (Persistência contingente com dor) ($\alpha = 0.758$)	Q4	0.591	0.673
	Q7	0.590	0.674
	Q23	0.584	0.681

Tabela 21 – Amplitude dos valores de correlação item a item das componentes

Componentes	Min. – Máx.	N de itens
Evitamento	0.196-0.739	20
Persistência Excessiva	0.152-0.566	5
Persistência Contingente com a dor	0.508-0.516	3

Resumindo, todos os itens das subescalas se encontram correlacionados com a subescala

em que se integram. As correlações são aceitáveis, não sugerindo redundância de itens.

7.2.4.2. Estabilidade temporal

Com o objetivo de avaliar a estabilidade temporal dos resultados obtidos, procedeu-se à análise do teste- reteste do instrumento de avaliação com intervalo de 4 a 7 dias numa amostra de 128 participantes (quatro dos participantes da amostra total, n=132, não responderam ao POAM-P-VP no momento inicial, T0, e/ ou no 2º momento de medição, T1). Para avaliação da fiabilidade teste-reteste, recorremos ao modelo (2,1) do CCI. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 22.

Tabela 22 – Estabilidade temporal do POAM-P (versão portuguesa)

	Reteste com 4 a 7 dias de intervalo			
	Componente 1 Evitamento	Componente 2 Persistência Excessiva	Componente 3 Persistência Contigente com a dor	POAM-P- versão Portuguesa
Componente 1- Evitamento	0.900***	----	----	----
Componente 2- Persistência Excessiva	----	0.627***	----	----
Componente 3 Persistência Contigente com a dor	----	----	0.297***	----
POAM-P- versão Portuguesa	----	----	----	0.869***

Legenda: ** p < 0.005 *** p < 0.001

Os valores de fiabilidade teste-reteste indicam uma fiabilidade teste-reteste excelente da componente de evitamento (coeficiente de correlação intraclasse (CCI) =0.900) e uma fiabilidade pobre a moderada, da componente de persistência excessiva (CCI=0.627) (tabela 22). A componente de persistência contigente com a dor apresenta uma fiabilidade teste reteste pobre (CCI=0.297), apresentando uma reprodutibilidade reduzida, ou seja, uma capacidade reduzida de obter respostas semelhantes para o mesmo construto, ao longo do tempo, nas mesmas condições.

Considerando a estabilidade da versão portuguesa da POAM-P, no global, a fiabilidade teste-reteste é boa, apresentando um coeficiente de correlação intraclasse de 0.869, sendo a escala, globalmente, reprodutível.

7.2.4.3 Validade de Construto

Para a avaliação da validade de construto recorremos à aplicação simultânea dos questionários POAM-P-VP e TSK-13-VP, preenchidos pela amostra de participantes no momento T1. Além dos quatro utentes já excluídos anteriormente por não terem respondido a todos os itens do POAM-P-VP, no momento T1, foram excluídos mais três participantes por não terem preenchido totalmente o questionário TSK-13-VP, resultando uma amostra de 125 participantes. De acordo com o teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnoff*) realizado em cada componente do POAM-P-VP e ao TSK-13-VP, a distribuição dos dados não é normal (tabela 23). Deste modo, procedemos à análise da validade de construto através do cálculo da correlação do coeficiente de *Spearman* (Tabela 24).

Tabela 23 - Teste de Normalidade *Kolmogorov-Smirnov*

Componente POAM-P-VP	Teste <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	Sig. (p)
C1- Evitamento	0.090	0.013
C2- Persistência Excessiva	0.093	0.009
C3- Persistência contingente com a dor	0.093	0.008
TSK-13-VP	0.084	0.031

a. Correção de significância de Lilliefors

Conforme a hipótese inicial estabelecida para a análise da validade convergente da componente de evitamento da POAM-P-VP (hipótese 1), verificamos que existe uma correlação positiva e significativa entre a subescala de evitamento do POAM-P-VP e o questionário TSK-13-VP, em indivíduos com DLCI. Contudo, tínhamos pré-estabelecido que esta relação seria moderada a forte e constatou-se nos resultados uma correlação muito fraca (Tabela 24). Ao contrário da hipótese 2, estabelecida a priori para a análise da validade discriminativa da componente 2 (subescala de persistência excessiva) do POAM-P-VP, verificamos que não há uma correlação positiva e significativa fraca entre a subescala de persistência excessiva do POAM-P-VP e o questionário TSK-13-VP, mas sim uma correlação negativa muito fraca, e não significativa (Tabela 24).

Ao comparar a hipótese 3, estabelecida a priori para a análise da validade discriminativa da componente 3 (subescala de persistência contingente com a dor) do POAM-P-VP com os resultados obtidos, verificamos que a correlação entre esta componente e o questionário

TSK-13-VP é positiva e muito fraca, mas, contrariamente à hipótese, não é significativa (Tabela 24).

Tabela 24 – Validade de construto entres as componentes do POAM-P-VP e TSK-13-VP, através do coeficiente de correlação de Spearman

Componentes/Escalas	TSK13-VP	TSK13-VP	TSK13-VP
C1- Evitamento	0.150, (p=0.048)		
C2- Persistência Excessiva		-0.061, (p=0.251)	
C3- Persistência contingente com a dor			0.113, (p=0.105)

Tal como os autores da versão da POAM-P original, estabelecemos correlações entre as componentes da POAM-P-VP, de modo a verificar se medem construtos diferentes (Tabela 25).

Tabela 25 – Correlações entre as componentes do POAM-P-VP.

	C1 Evitamento	C2 Persistência Excessiva	C3 Persistência contingente com a dor
C1- Evitamento	-----	-0.250 (p=0.002)	0.393 (p=0.000)
C2- Persistência Excessiva		-----	0.123 (p=0.084)
C3- Persistência contingente com a dor			-----

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que a componente de evitamento apresenta uma correlação negativa e significativa fraca com a componente de persistência excessiva, o que traduz que medem atributos diferentes (Tabela 25). A componente de evitamento correlaciona-se de forma positiva e significativa fraca, com a componente de persistência contingente com a dor, o que indica que poderão medir conteúdos partilhados (Tabela 25). A componente persistência excessiva correlaciona-se com a componente de persistência contingente com a dor, de forma positiva, mas fraca e não significativa, o que sugere que medem atributos diferentes (Tabela 25).

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivos adaptar o instrumento *Patterns Activity Measure- Pain* (POAM-P) para versão portuguesa (estudo 1) e contribuir para a sua validação, através da análise das propriedades psicométricas da versão obtida (estudo 2).

O estudo 1 iniciou com o pedido de autorização ao autor principal do POAM-P original, para proceder à sua adaptação para versão portuguesa. Após a autorização, seguimos as etapas propostas por linhas orientadoras internacionais (Beaton et al., 2002; Aaronson et al., 2002; MAPI Institute, 2004; Gjersing et al., 2010) acerca do processo de adaptação cultural de instrumentos de medida.

Deste modo, realizamos a tradução do instrumento para a língua portuguesa, retroversão e respetivas versões de consenso. Em seguida, estas versões foram analisadas por um Comité de peritos, composto por quatro profissionais de áreas diferentes (linguística, investigação/metodologia, fisioterapia) e pelos tradutores envolvidos no processo de tradução e retroversão. O papel do Comité de peritos foi o de consolidar todas as versões da escala e avaliar a equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial das mesmas, de modo a obter uma versão Portuguesa pré final do instrumento (POAM-P-VP). Criada esta versão e obtido o parecer do autor original acerca da mesma, procedeu-se ao estudo piloto, que incluiu o pré-teste do instrumento, através de uma amostra de 34 utentes com DLCI, e a revisão por dois peritos clínicos na área da dor lombar crónica (uma médica reumatologista e uma fisioterapeuta). Aos utentes foi solicitado que avaliassem a clareza, compreensão, relevância cultural e adequação das palavras utilizadas no instrumento, para aferir acerca da validade de conteúdo. Aos peritos foi solicitado que avaliassem a terminologia utilizada no POAM-P-VP e a sua adequação conceptual e cultural à população de utentes com dor crónica. Em seguida, realizaram-se entrevistas (*cognitive debriefing*) a cinco dos utentes participantes no estudo piloto e aos peritos clínicos na área, para consolidar os seus pontos de vista acerca do POAM-P-VP. Finalmente, procedeu-se à auditoria, realizada pelo perito em metodologia, conjuntamente com os autores do estudo. Nesta etapa realizou-se a revisão de todos os procedimentos metodológicos efetuados e da forma como a sua realização minimizou o risco de viés na adaptação do instrumento a uma nova língua e cultura, e garantiu a validade de conteúdo do instrumento, obtendo-se a equivalência entre a fonte original e a nova versão.

De acordo com os resultados obtidos, as instruções e questões do instrumento POAM-P-VP são, em geral, claras e de fácil compreensão, adequando-se as palavras conceptual e culturalmente à população de utentes com dor crónica, o que assegura a validade de conteúdo do instrumento.

Alguns participantes afirmaram a existência de repetição de ideias em itens do POAM-P-VP. Porém, os resultados do estudo 2, através do qual se mediu a consistência interna das componentes, e as correlações item-item e item-total das mesmas, os resultados não sugeriram a existência de redundância de itens.

No estudo 1, alguns participantes (utentes e profissionais da área da DLCI) referiram que o item Q2 (Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada) poderia ser gerador de confusão e indecisão de resposta pelos participantes, ao terem de responder “sempre” ou “nunca”. A sugestão de alteração não foi aceite na altura, para não alterar a estrutura original da questão. Contudo, no estudo 2, ao realizar a análise factorial exploratória, o item Q2 não apresentou correlações satisfatórias com nenhum dos outros itens da respetiva componente (persistência excessiva), levando à remoção do mesmo. Esta componente passou, assim, a ser constituída por cinco itens em vez de seis. O item Q30 foi igualmente removido do instrumento, uma vez que também não apresentou correlações satisfatórias com nenhum dos outros itens da componente de evitamento, passando esta a ter 20 itens em vez de 21. O item Q15 também não apresentou valores aceitáveis de correlação com nenhum item da respetiva componente (persistência excessiva), contudo, foram, em média, superiores aos das questões 2 e 30, decidindo-se manter este item para que não houvesse uma maior discrepância entre o número de itens das diferentes componentes. Posto isto, obteve-se um instrumento de 28 itens, agrupados em três componentes: componente 1, com 20 itens, componente 2, com cinco itens, e componente 3, com três itens.

Alguns utentes referiram, no estudo 1, que é difícil responder ao questionário POAM-P, uma vez que há atividades que se conseguem terminar apesar da dor e outras não, ficando indecisos nas respostas a assinalar, por exemplo, no item Q26 “Quando faço uma atividade faço-a toda de uma vez só”. Além disso, o carácter subjetivo das questões e o facto dos termos “atividades” e “coisas” serem amplos poderá, segundo alguns participantes do estudo-piloto, ter levado a indecisão de resposta e/ou a respostas diferentes nos dois momentos de avaliação. O facto de o questionário ter 30 itens e de ter sido repetido em

dois momentos, poderá ter gerado fadiga ou saturação pelos utentes participantes, podendo alguns terem assinalado respostas sem pensar devidamente nas questões. Estes aspetos poderão ter influenciado os valores obtidos para o coeficiente de correlação intraclassa, que foram pobres a moderados para a fiabilidade de teste-reteste da componente de persistência excessiva (CCI=0.627) e pobres para a componente de persistência contingente com a dor (CCI=0.297). Em particular, a reduzida fiabilidade teste-reteste observada para a componente de persistência contingente com a dor constitui um importante obstáculo à utilização desta subescala, quer em estudos científicos, quer na prática clínica, uma vez que a reprodutibilidade é uma das propriedades psicométricas essenciais de um instrumento de medida. Devemos, contudo, ter em conta, que esta componente apresenta apenas 3 itens, sendo maior a probabilidade de se obter valores variáveis entre os momentos de aplicação do teste, i.e. uma menor fiabilidade teste-reteste, comparativamente às outras componentes.

Ao realizar a análise factorial exploratória como primeiro passo do estudo 2, propusemos a analisar, estruturalmente, o instrumento obtido, de modo a reunir itens que partilhassem fatores comuns latentes, constituindo componentes/subescalas da POAM-P-VP. A estrutura obtida poderia ou não divergir da estrutura de 3 componentes/subescalas do POAM-P original. Não divergiu em número de componentes, uma vez que decidimos aceitar o modelo de 3 componentes, mas divergiu no que respeita ao número e tipo de itens incluídos em cada componente. Os itens agregados à componente 1 incluem 10 afirmações que remetem para comportamentos de evitamento e 10 afirmações que remetem para comportamentos de ritmo. A componente 2 remete para comportamentos de persistência excessiva e a componente 3 remete para comportamentos de persistência contingente com a tarefa. Estes dois subgrupos de comportamentos, que se encontram agrupados num único grupo/subescala do instrumento original do POAM-P (“*overdoing*”), foram igualmente identificados por Kindermans, Roelofs et al. (2011), ao efetuarem uma análise factorial de diferentes itens de instrumentos que medem padrões de atividade, em utentes com dor crónica.

Foi através do método de rotação de fatores que conseguimos separar em dois subgrupos os itens relativos ao comportamento de persistência. Em relação aos itens referentes a comportamentos de evitamento e de ritmo encontram-se numa única componente. Para a atribuição de designação a esta componente, decidimos manter a designação atribuída

pelos autores originais, uma vez que o comportamento predominante é o de evitamento, e as afirmações relativas à subescala de *pacing* remetem para estratégias para lidar com esse evitamento.

Kindermans, Roelofs et al. (2011) identificaram seis padrões de atividade em utentes com dor crónica de origem músculoesquelética (52.7% dos quais com DLCI), ao agrupar, interrelacionar e estabelecer análises factoriais entre itens de avaliação de construtos similares (evitamento, persistência e ritmo), mas de instrumentos diferentes. Entre eles, verificaram que podem identificar-se três subgrupos distintos do padrão de persistência, que não são contemplados no POAM-P: persistência contingente com a tarefa (persistência de acabar as atividades/tarefas apesar da dor), persistência contingente com a dor (persistência de continuar as atividades até surgir dor) e persistência excessiva (persistência em fazer o mais possível, sem respeitar os limites físicos e da dor). Deste modo, parece adequado designar a componente 2 por subescala de persistência excessiva e a componente 3 por subescala de persistência contingente com a dor. A componente 1 apresenta itens que remetem para construtos diferentes (evitamento e ritmo). No entanto, a componente apresenta propriedades psicométricas com valores moderados de consistência interna. Porém, a análise da validade de construto permitiu verificar uma correlação positiva significativa muito fraca com o construto evitamento do TSK-13, sugerindo que não mede, pelo menos, exclusivamente, o mesmo construto. Estes resultados indicam a necessidade de realização de outros estudos, provavelmente com amostras de maior dimensão, para que os itens sejam devidamente agrupados e os padrões de atividade devidamente identificados.

Ainda assim, os resultados obtidos de consistência interna foram semelhantes aos encontrados por outros autores (Cane et al., 2007, Kindermans et al, 2009, Kindermans, Roelofs et al., 2011; Kindermans, Huijnen et al., 2011). As componentes do POAM-P-VP apresentaram uma consistência interna boa a elevada, com valores de *alpha* de Cronbach (α) de entre 0.747 e 0.946. Cane et al., (2007), os autores originais do POAM-P, obtiveram, igualmente, valores de uma consistência interna boa a elevada (com valores de α entre 0.86 e 0.94). Na obtenção da versão holandesa do instrumento POAM-P, Kindermans et al., (2009) também verificaram uma boa a elevada consistência interna das subescalas (valores de alpha de Cronbach entre 0.80 e 0.94). Em estudos posteriores, Kindermans, Roelofs et al. (2011) e Kindermans, Huijnen et al. (2011), verificaram valores

de α semelhantes (entre 0.83 e 0.93, e entre 0.75 e 0.88, respetivamente). Dentre estes estudos, apenas Kindermans et al., (2009) referiram ter realizado uma análise factorial do instrumento, mas não tivemos acesso à mesma porque não foi publicada. Os valores médios de correlação item-item em cada componente indicaram que os itens mediam o mesmo construto, mas nenhum item apresentou correlações tão elevadas que sugerissem redundância de itens, ao contrário do que tinha sido apontado por alguns participantes do estudo piloto.

Quanto à fiabilidade teste-reteste, os resultados que revelaram uma fiabilidade teste-reteste pobre da componente 3 limitam o seu uso, quer para estudos de investigação, quer na prática clínica. A reprodutibilidade, ou seja, a capacidade de detetar alterações ao longo do tempo, constitui uma propriedade psicométrica fundamental de um instrumento de medição. Não detendo esta propriedade, a componente torna-se inválida do ponto de vista clínico e científico, merecendo mais estudos de análise estatística do instrumento POAM-P. Contudo, o reduzido número de itens desta componente comparativamente às restantes, também terá proporcionado uma fiabilidade teste-reteste menor. Na análise da fiabilidade teste-reteste dos autores originais do POAM-P, com quatro semanas de intervalo teste-reteste, os resultados indicaram que as três subescalas do POAM-P apresentaram valores de correlação aceitáveis (entre 0.65 e 0.70, $p < 0.01$), embora o autor não refira o método utilizado. Deste modo, todas as componentes do POAM-P original são reprodutíveis, não apresentando, no entanto, valores excelentes de fiabilidade teste-reteste (Cane et al., 2007). Do nosso conhecimento, mais nenhum outro estudo que utilizou o instrumento POAM-P apresentou valores de fiabilidade teste-reteste.

Ao confrontar os resultados obtidos para a validade de construto da componente 1 com os de outros estudos anteriores, verificamos que Crombez et al. (1999) também analisaram a validade convergente da subescala de evitamento com o TSK, havendo uma relação positiva muito significativa e moderada entre ambos ($r=0.42$, $p < 0.01$), tal como tínhamos estabelecido como hipótese apriori no nosso estudo. Noutro estudo realizado com o POAM-P, Kindermans et al. (2009) observaram igualmente uma relação positiva significativa e moderada, entre a subescala de evitamento e o medo em relação ao movimento (desconhece-se o instrumento de medição) ($r=0.47$, $p < 0.001$). Deste modo, o facto de termos obtido uma correlação positiva significativa, mas muito fraca, entre a

componente 1 e o TSK, quando o expectável seria uma correlação positiva significativa moderada a forte, sugere que possam existir conteúdos partilhados.

Relativamente aos resultados de validade discriminativa, obtidos para as componentes 2 e 3, utilizando o TSK-13, podemos compará-los com os obtidos em estudos para a validade de construto da subescala de persistência do POAM-P. Crombez et al. (1999) recorreram igualmente ao TSK para a validade de construto do POAM-P e verificaram uma correlação negativa significativa fraca da subescala de persistência com o TSK ($r=-0.26$, $p<0.01$). No estudo de Kindermans et al. (2009), os autores observaram que não há correlação entre o padrão de persistência do POAM-P e o medo em relação ao movimento (desconhece-se o instrumento de medição). Contudo os autores não referem os valores de correlação. No nosso estudo, a correlação obtida, embora negativa no caso da persistência excessiva, não foi significativa. O mesmo aconteceu na relação com a subescala de persistência contingente com a dor, embora aqui com valores de correlação positivos, embora muito fracos. Assim, as hipóteses estabelecidas não puderam ser comprovadas.

Posto isto, a validade discriminativa das componentes de persistência (excessiva e contingente com a dor) relativamente ao instrumento TSK-13-VP, não tem suporte nos resultados deste estudo, requerendo análises de estudos posteriores.

9. CONCLUSÃO

O instrumento POAM-P foi criado com o objetivo de medir padrões de atividade em utentes com dor crónica. O instrumento original, composto por 30 itens de autopreenchimento, mede três padrões de atividade de utentes com dor crónica: padrão de evitamento, padrão de persistência e padrão de ritmo. De acordo com a evidência científica actual, o POAM-P constitui um instrumento de avaliação relevante do ponto de vista clínico, uma vez que os utentes com dor crónica, nomeadamente, utentes com dor lombar crónica inespecífica, apresentam padrões de atividade diferentes que, por sua vez, influenciam a evolução clínica da condição, a capacidade funcional e o plano de tratamento a realizar pelo fisioterapeuta.

Deste modo, este estudo teve como objetivos traduzir e adaptar culturalmente o questionário POAM-P para a população Portuguesa com DLCI, e contribuir para a sua validação, através da análise da estrutura factorial, consistência interna, fiabilidade teste-reteste e validade de construto da versão portuguesa obtida. Para concretizar estes dois objetivos, o estudo foi dividido em dois estudos específicos, o estudo 1 e o estudo 2.

No estudo 1, a versão portuguesa do POAM-P foi conseguida com a participação de diferentes intervenientes (tradutores, retradutores, indivíduos com a condição de DLCI, peritos na área da saúde, metodologia e linguística). O instrumento revelou-se de fácil compreensão, quer por utentes, quer por profissionais. Contudo, no estudo piloto e na análise por peritos na área da DLCI, alguns participantes referiram aspetos relativos à repetição e dificuldade de resposta em algumas questões, que foram consideradas no estudo 2.

No estudo 2, começamos por realizar uma análise factorial exploratória da versão Portuguesa do POAM-P-VP, de modo a agrupar os itens do questionário em fatores/componentes, mediante a correlação entre os mesmos. Desta análise resultou um questionário de 28 itens coconstituído por três componentes: a componente 1, com 20 itens, a componente 2, com cinco itens e a componente 3, com três itens, sendo estruturalmente diferente do questionário original, que apresenta 10 itens em cada componente/subescala. Após a obtenção das três componentes, avaliaram-se as suas propriedades psicométricas, nomeadamente, a consistência interna, medida com o *alpha* de cronbach (α), fiabilidade teste-reteste, medida com o coeficiente de correlação intraclassa (CCI), e validade de

construto, testada através da correlação das componentes do POAM-P-VP com o instrumento de avaliação do medo em relação à dor TSK-13-VP. Os resultados de consistência interna obtidos indicaram que as componentes do POAM-P-VP apresentam uma consistência interna boa a elevada. Estudos anteriores acerca do POAM-P obtiveram, igualmente, valores de consistência interna boa a elevada nas subescalas originais (Cane et al., 2007, Kindermans et al, 2009, Kindermans, Roelofs et al.; 2011; Kindermans, Huijens et al. (2011). A fiabilidade teste-reteste das componentes 1 e 2 foi satisfatória a excelente (CCI=0.900, $p<0.001$, e CCI=0.627, $p<0.001$, respetivamente), ao contrário da fiabilidade teste-reteste da componente 3 que foi pobre (CCI=0.297, $p<0.001$), indicando uma baixa reprodutibilidade da mesma. No entanto, a fiabilidade teste-reteste global foi satisfatória (CCI=0.869, $p<0.001$). Os resultados obtidos para a componente 3 indicam a necessidade de mais estudos quanto à estrutura factorial, fiabilidade e validade da componente, pois com os valores atuais de fiabilidade teste-reteste, não é reprodutível e não pode ser utilizada em estudos científicos nem na prática clínica. No caso do POAM-P original, os autores obtiveram valores de fiabilidade teste-reteste satisfatórios para as três subescalas (entre 0.65 e 0.70, $p<0.01$), sendo todas reprodutíveis.

A análise da validade de construto veio confirmar, apenas parcialmente, a hipótese 1 estabelecida *apriori*, uma vez que a componente 1 do POAM-P-VP se correlacionou significativamente e de forma positiva com o instrumento TSK-13-VP, mas de forma muito fraca e não moderada a forte ($r=0.150$, $p<0.05$). As componentes 2 e 3 apresentaram correlações não significativas com o TSK-13-VP, levando à rejeição das hipóteses 2 e 3. Posto isto, a validade de construto destas componentes relativamente ao instrumento TSK-13-VP é colocada em causa, requerendo análises de estudos posteriores.

Os resultados obtidos devem ser interpretados de acordo com algumas limitações. No estudo 1, apesar do consenso ter sido simples de alcançar nas diferentes fases do processo de adaptação transcultural do instrumento, este processo resulta de opiniões, sendo-lhe atribuído um carácter subjetivo. Assim, e para minimizar este potencial viés, baseamos todo o processo de adaptação nas recomendações das linhas orientadoras mais recentes, recorremos a diferentes intervenientes sugeridos para tal e, no final de cada etapa, estabelecemos reuniões de consenso. Participaram no processo tradutores e retro-tradutores independentes e cegos entre si, e foram constituídos comités de peritos com pelo menos três elementos, que procederam às versões síntese de cada etapa da adaptação do

instrumento (tradução, retroversão, versão pré-final e versão final). Após a obtenção da versão pré-final do instrumento, pedimos um parecer final ao autor principal da versão original. Para além disso, no final deste processo, todo ele foi auditado por um elemento externo que não participou em nenhuma fase do processo de adaptação.

No estudo 2 recorreremos a uma amostra utilizada, em simultâneo, por outros colegas, para outros estudos acerca da DLCI. Este facto permitiu-nos obter uma amostra maior do que a que provavelmente conseguiríamos obter individualmente. Contudo, os utentes participantes foram alvo de uma bateria de testes, em mais do que um momento (teste-reteste), o que os pode ter conduzido ao preenchimento incompleto dos mesmos ou a respostas não pensadas, apenas para os preencher completamente, por possível impaciência ou saturação. Para minimizar este viés foi entregue uma carta explicativa aos utentes acerca do objetivo do estudo, procedimentos para garantir a confidencialidade dos dados e o seu anonimato, e procedimentos de recolha de dados. Em conjunto com a carta, anexamos um pedido de autorização aos utentes para participarem no estudo, através da assinatura de um formulário de consentimento informado.

Para obtenção da amostra solicitaram-se diferentes locais de fisioterapia e fisioterapeutas. Este facto poderá constituir uma limitação, devido ao reduzido poder de controlo dos investigadores do estudo, nomeadamente no que se refere à seleção dos utentes para a amostra e ao devido preenchimento dos questionários. No entanto, para minimizar este viés, foi entregue aos fisioterapeutas um formulário de pedido de colaboração na recolha de dados, que incluiu a explicação do âmbito e objetivo do estudo, a descrição dos questionários de autopreenchimento a distribuir e recolher pelos utentes e os respetivos critérios de inclusão para participar no estudo. Aceite o pedido de colaboração, foi entregue um manual de recrutamento dos participantes destinado aos fisioterapeutas que aceitaram colaborar no estudo. Este manual apresenta informação organizada de forma sequencial, acerca dos procedimentos a realizar pelos fisioterapeutas durante a colaboração no estudo: identificação dos potenciais participantes no estudo; verificação dos critérios de inclusão/exclusão para poder participar no estudo; explicação aos utentes acerca do estudo e pedido de autorização, através de consentimento informado, para participarem no mesmo. Foi, ainda, organizado um caderno de instrumentos e respetivo protocolo de recolha de dados, com o objetivo de promover a aplicação correta dos diferentes instrumentos nas mesmas condições e nos devidos momentos de aplicação. Neste

protocolo sublinhou-se a importância de o mesmo ser atribuído apenas aos utentes que apresentaram todos os critérios de inclusão para participar nos estudos, aceitaram a participação voluntária no mesmos e assinaram o consentimento informado. Para o correto preenchimento dos instrumentos, o protocolo enumerava como regras: 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 dos instrumentos, caso exista. Em seguida enumeraram-se os momentos de aplicação dos testes e os respetivos testes a aplicar. Os testes foram apresentados de forma ordenada nas páginas seguintes, mediante o momento de aplicação. Para cada momento foi referido o tempo médio necessário para o preenchimento dos questionários, solicitando-se o preenchimento de acordo com a ordem indicada.

O facto de os fisioterapeutas colaboradores nem sempre estarem presentes no momento de preenchimento/ entrega dos questionários conduziu ao preenchimento incompleto de itens por alguns participantes, levando à eliminação dos seus dados e reduzindo a amostra inicial de 132 para 128 na avaliação da consistência interna e fiabilidade teste-reteste, e para 125, na avaliação da validade de construto. Num estudo em que se pretende realizar uma análise factorial, o tamanho da amostra nunca deve ser inferior a 50, devendo haver no mínimo 5 sujeitos por item. Uma vez que o POAM-P apresenta, originalmente, 30 questões, a amostra deveria ter tido, pelo menos, 150 participantes (30 itens x 5 indivíduos) (Kline, 1993; Streiner & Norman, 2008). A nossa amostra, constituiu, para a análise factorial, 128 participantes, não perfazendo o mínimo necessário. Este aspecto pode ter tido impacto na estabilidade da estrutura factorial obtida, pelo que estudos de validação do instrumento com amostras maiores devem ser realizados, de modo a assegurar a estabilidade das subescalas e, deste modo, dos padrões de atividade identificados.

Uma vez que a amostra foi sinalizada em locais/clínicas de fisioterapia e em zonas específicas do país (litoral e Madeira), não é claro até que ponto esta amostra é representativa da população de indivíduos com DLCI, em Portugal.

Nesta amostra, ao avaliar a normalidade dos dados, verificou-se que a distribuição não era normal, pelo que teve de recorrer-se ao teste não paramétrico de *Spearman* na avaliação da validade de construto da componente 1 do POAM-P. Segundo Marôco, (2011), de um modo geral, a potência dos testes paramétricos, ou seja, a probabilidade de rejeitar,

corretamente, a hipótese nula, é maior do que nos testes não paramétricos, pelo que a probabilidade de errar nas decisões é maior nos testes não paramétricos.

Também há que considerar que o POAM-P-VP e o TSKQ13-VP são questionários de autopreenchimento, pelo que os participantes podem sobestimar ou subvalorizar o seu desempenho comportamental em determinados momentos, podendo obter-se padrões de atividade autoreportados com variações ou flutuações, como foi referido por McCracken & Samuel (2007), pelo que os resultados, tal como em todos os resultados de questionários de autopreenchimento devem ser tidos em conta, com precaução (Kindermans, Roelofs et al. 2011).

Em resumo, o presente estudo permitiu identificar a existência de padrões de atividade em utentes com DLCI, suportando a evidência atual. Além disso, contribuiu-se para a validação do instrumento POAM-P-VP e, deste modo, para o aumento do conhecimento acerca de padrões de atividade em utentes com DLCI, na população portuguesa. No entanto, os resultados obtidos requerem mais estudos de validação do instrumento em utentes com dor musculoesquelética crónica, para que se consigam resultados mais conclusivos. Deste modo, será possível obter dados no âmbito do perfil comportamental relativo aos padrões de atividade, em indivíduos com dor musculoesquelética crónica, na população portuguesa, através do instrumento POAM-P-VP.

Implicações do Estudo

Este estudo veio contribuir para a adaptação e validação de um instrumento, até aqui inexistente em versão portuguesa, que mede padrões de atividade em utentes com DLCI. Deste modo, introduziu uma ferramenta de avaliação importante, quer para a prática clínica, quer para a investigação científica, acerca da identificação de padrões de atividade em utentes com DLCI. Através da identificação de padrões de atividade nestes utentes, é possível estabelecer um plano de tratamento mais indicado e efetivo para o utente. Por exemplo, intervenções como a exposição *in vivo* e a atividade gradual são dois exemplos de tratamentos cognitivo . comportamentais que parecem ser efetivos na redução da incapacidade dos utentes com DLCI com comportamentos de evitamento (Leeuw et al., 2008). Contudo, em utentes com comportamentos de “persistência” estas abordagens poderão não ser apropriadas, exigindo estratégias de intervenção diferentes. Segundo Bousema et al., (2007) o subgrupo de utentes persistentes não beneficia, provavelmente, de

programas focados no aumento do nível de atividade física, sendo preferível optar por objetivos focados na atenção para atividades incapacitantes específicas ou na alteração de padrões de atividade. Num estudo com utentes com fibromialgia, aplicaram-se tratamentos ajustados e diferenciados, mediante o comportamento em relação à atividade (evitamento ou persistência), verificando-se melhorias significativas dos utentes, tanto a nível físico como psicológico (van Koulil et al., 2010, citado por Huijnen et al., 2010). Uma abordagem semelhante à usada nos utentes com fibromialgia deverá ser útil para os utentes com DLCI, que demonstrem padrões de atividade distintos. Desenvolver tratamentos diferenciados e ajustados ao utente com DLCI, mediante o subgrupo em que se inclui, deverá, assim, constituir o desafio futuro.

Por outro lado, conhecendo os padrões de atividade de utentes com DLCI, em Portugal, é possível avançar com estudos portugueses acerca do papel destes padrões em fatores postulados por modelos de dor atuais, como a cronicidade, a incapacidade, o desuso, a depressão, em utentes com DLCI.

Com a adaptação cultural do instrumento POAM-P passamos a ter um instrumento adaptado para a população portuguesa que mede padrões de evitamento e persistência em utentes com DLCI. Este instrumento, ao ser acessível aos profissionais de saúde, nomeadamente ao fisioterapeutas portugueses, permite avaliar o padrão de atividade dos utentes com DLCI e, partir do mesmo, selecionar as modalidades de tratamento mais efetivas a aplicar a cada utente, individualmente. Além disso, tendo à disposição um instrumento válido de avaliação, é possível ao profissional de saúde avaliar a efetividade da sua intervenção, através de nova aplicação do POAM-P-VP durante e após os tratamentos (reavaliações do utente em termos de alteração do padrão de atividade), orientando o profissional acerca da manutenção ou alteração do plano de tratamento ao longo do tempo. Porém, a versão atual do POAM-P-VP permite apenas verificar se houve um aumento/diminuição/manutenção dos padrões de evitamento e/ou persistência, não havendo uma componente para avaliação do padrão de ritmo.

Recomendações para estudos futuros

Uma vez que a relação medo-evitamento, defendida pelos Modelos de Medo-evitamento e Síndrome do Desuso, não pode ser confirmada através deste estudo, sugere-se a realização de outros estudos de validação da POAM-P-VP que relacionem estes construtos, de modo a clarificar as hipóteses estabelecidas *a priori*.

Além disso, propõe-se a investigação acerca das relações entre as componentes do POAM-P-VP e medidas de resultados importantes em saúde, como a incapacidade, intensidade de dor, desuso e descondicionamento, referidos na revisão de literatura aquando a descrição dos modelos teóricos de dor. Uma vez que, segundo a evidência atual, os padrões de atividade apresentam um papel importante no desenvolvimento da incapacidade em utentes com dor músculoesquelética crónica, parece útil sucederem-se estudos acerca das relações entre as componentes do POAM-P-VP e a incapacidade nestes utentes.

Posto isto, sugere-se a investigação futura acerca dos padrões de atividade em amostras de utentes com DLCI, assim como de utentes com outras condições de dor musculoesquelética crónica, que permita confirmar as relações descritas pelos Modelos teóricos de dor.

Para estudos de maior qualidade, sugere-se a utilização de amostras maiores, de modo a conseguir obter estruturas factoriais mais estáveis e resultados mais conclusivos acerca do número e composição das componentes do POAM-P-VP e respetivas propriedades psicométricas. O facto de a componente 3 do POAM-P-VP não poder ser utilizada em estudos científicos, devido à pobre reprodutibilidade, conduz à necessidade de mais estudos neste âmbito, para que se conclua acerca da validade desta componente. Sugere-se, ainda, a adaptação cultural de instrumentos de avaliação de padrões de atividade similares ao POAM-P, como o PARQ e o PCI, podendo-se estabelecer relações com as componentes do POAM-P-VP e analisar a sua validade de construto.

Neste estudo não procedemos à caracterização dos participantes quanto aos padrões de atividade, de acordo com os resultados obtidos no POAM-P-VP, pelo que propomos esta análise assim como a sua relação com as características sociodemográficas e clínicas, em estudos posteriores.

Todos estes problemas merecem atenção em estudos futuros, de modo a que a versão portuguesa do POAM-P possa constituir um instrumento válido e útil, quer na prática clínica quer na investigação científica, em Portugal. A partir da avaliação dos padrões de atividade, poder-se-á definir programas de intervenção mais efetivos na melhoria do perfil comportamental face à atividade, em utentes com dor músculoesquelética crónica, e, conseqüentemente, minimizar os seus níveis de incapacidade.

10. BIBLIOGRAFIA

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.

Andersson, G. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*, 354 (9178), 581-585.

Andrews, N., Hon, B., Strong, J., Meredith, P. (2012). Activity Pacing, Avoidance, Endurance, and Associations With Patient Functioning in Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93 (11), 2109-2121.

Aronson, J. (1994). A Pragmatic View of Thematic Analysis. *The Qualitative Report*, 2(1), Retirado, a 9 de Junho 2012, de: <http://www.nova.edu/ssss/QR/BackIssues/QR2-1/aronson.html>.

Bailey, K., Carleton, R., Vlaeyen, J., Asmundson, G. (2010). Treatments Addressing Pain-Related Fear and Anxiety in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (1), 46 – 63.

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*.

Bekkering, G., et al. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. *Physiotherapy*, 89 (2), 82-96.

Bousema E., Verbunt J., Seelen H., Vlaeyen J., Knottnerus J. (2007). Disuse and physical deconditioning in the first year after the onset of back pain. *Pain*, 130, 279-286.

Bouton, C., et al. (2008). Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: A retrospective study of 72 patients. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 51, 650–662.

Cane D., Nielson, W., Ivey B., Ivey R., McCarthy M., Mazmanian D. (2007). Development and preliminary evaluation of a measure of three pain-related patterns of activity. Presented at the 27th Annual Canadian Pain Society Meeting, Ottawa, Ontario, Canada.

Castro-Lopes J, Saramago P, Romão J, Paiva, M. (2010). Pain Proposal – A Dor Crónica em Portugal. Retirado a 17 de Maio, 2012, de: https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%ABablico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf

Chen, C., Hogg-Johnson, S., Smith, P. (2007). The recovery patterns of back pain among workers with compensated occupational back injuries. *Occupational & Environmental Medicine*, 64, 534-540.

Cook A, Brawer P, Vowles, K. (2006). The fear-avoidance model of chronic pain: validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain*, 121(3),195-206.

Cordeiro, N., Pezarat-Correia, P., Gil J., Cabri, J. (2011). Portuguese Version of Tampa Scale of Kinesiophobia (13 itens). *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(5), Suplemento.

Costa, L., Gal, D., Barros, H. (2004) Prevalência auto-declarada de doenças reumáticas numa população urbana. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 29, 169-174.

Crombez, G., Eccleston, C., Van Den Broeck, A., Van Houdenhove, B., Goubert, L. (2002). The effects of catastrophic thinking about pain on attentional interference by pain: no mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in patients with low back pain. *Pain Research and Management*. 7: 31– 39.

Crombez, G., Vlayen, W., Heuts, P, Lysens, R. (1999). Pain-related Fear is more disabling than pain itself. Evidence on the role of pain related fear in chronic low back pain disability. *Pain*, 80, 329-340.

de Souza, F., Marinho, S., Siqueira, F., Maher, C., Costa, L. (2008). Psychometric testing confirms that the Brazilian- Portuguese adaptations, the original versions of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, and the Tampa Scale of Kinesiophobia have similar measurement properties. *Spine (Phila Pa 1976)*, 33(9), 1028-1033.

De Von, H. et al. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*. 39(2):155-64.

Direção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. *Direcção Geral de Saúde (DGS)*.

Du Bois, M., Donceel, P. (2008). A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. *European Spine Journal*, 17, 380-385.

Du Bois, M., Szpalski, M., Donceel, P. (2009). Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *Spine Journal*, 9, 350–359.

Faustino A. (2002). Epidemiologia e importância económica e social das doenças reumáticas: estudos nacionais. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 27, 21-36.

Fernandes, R. (2006). Síndrome do desuso e dor crónica lombar. *Essfisionline*. 2(2), 24-37.

Fortin, M. (2000) O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização. Lusodidacta.

French, D., Christopher, F., Vigneau, F., French, J., Evans, R. (2007). Fear of movement/(re)injury in chronic pain: A psychometric assessment of the original English version of the Tampa scale for kinesiophobia (TSK). *Pain*, 127, 42-51.

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.

Garshasbi, A., Faghih, S. (2005). The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 88(3), 271-5.

Gjersing, L. Caplehorn, J., Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10-13.

Goubert, L., Crombez, G., Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107, 234–241.

Grotle, M., Vollestad, N., Veierod, M., Brox, J. (2004). Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*, 112, 343–352.

Harding V., Williams A. (1998). Activities training: integrating behavioral and cognitive methods with physiotherapy in pain management. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(1), 47–60.

Hasenbring, M. (2000). Attentional control of pain and the process of chronification. *Progress in Brain Research*, 129, 525–534.

Hasenbring M., Hallner D., Klasen B. (2001). Psychological mechanisms in the transition from acute to chronic pain: over- or underrated? *Schmerz*, 15(6), 442–7.

Hasenbring M, Marienfeld G, Kuhlendahl D, Soyka D. (1994). Risk factors of chronicity in lumbar disc patients. A prospective investigation of biologic, psychologic, and social predictors of therapy outcome. *Spine*. 19, 2759–65.

Hasenbring M., Plaas H, Fischbein B, Willburger R. (2006). The relationship between activity and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery: do pain-related coping modes act as moderator variables? *European Journal of Pain*, 10(8), 701–9.

Hasenbring M, Ulrich H., Hartmann M, Soyka D. (1999). The efficacy of a risk factor-based cognitive behavioral intervention and electromyographic biofeedback in patients with acute sciatic pain. *Spine*, 24, 2525–35.

Haugen, A, Grovle, L, Keller, A, Grotle, M. (2008). Cross-cultural adaptation and validation of the Norwegian version of the Tampa scale for kinesiophobia. *Spine*, 33(17), 595-601.

Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24, 769–781.

Huijnen, I., Verbunt, J., Peters, M., Smeets, R., Kindermans, H., Roelofs, J., Goossens, M., Seelen, H. (2010). Differences in activity-related behaviour among patients with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 15(7), 748-55.

Jensen, M., Turner, J., Romano, J., Fisher, L. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83, 157-162.

Jensen, M., Turner, J., Romano, J., Nielson, W. (2008). Chronic Pain Coping Inventory - Score Report. *Psychological Assessment Resources, Inc.*

Jensen, M., Turner, J., Romano, J., Strom, S. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.

Karsdorp, P, Vlaeyen, J., (2009). Active avoidance but not activity pacing is associated with disability in fibromyalgia. *Pain*, 147, 29-35.

Kendall N., Linton S., Main C. (1997). Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss. *Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand*, National Health Committee, Ministry of Health.

Keogh, E., Ellery, D., Hunt, C., and Hannent, I. (2001). Selective attentional bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain*, 91, 91–100.

Kindermans, H., Huijnen I, Goossens M, Roelofs J, Verbunt, J, Vlaeyen J. (2011). “Being” in pain: the role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain*, 152, 403-9.

Kindermans, H., Roelofs J., Goossens, M., Huijnen, I., Verbunt, J., Vlaeyen, J. (2009). Measuring avoidance, overdoing and pacing in patients with chronic pain: psychometric properties of the patterns of activity measure-pain. *European Journal of Pain*, 13 (Suplemento 1), S222–3.

Kindermans, H, Roelofs, J., Goossens, M., Huijnen, I., Verbunt, J., Vlaeyen, J. (2011). Activity patterns in chronic pain: underlying dimensions and associations with disability and depressed mood. *The Journal of Pain*, 12, 1049-58.

Kline P. Handbook of psychological testing. London: Routledge; 1993.

Kramer, M., Ebert, V., Kinzl, L., Dehner, C., Elbel, M., Hartwig, E. (2005). Surface electromyography of the paravertebral muscles in patients with chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine Rehabilitatio*, 86, 31–36.

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

Leeuw M., Goossens M., Linton, S., Crombez G., Boersma, K., Vlaeyen, J. (2007).The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioural Medicine*, 30, 77-94.

Leeuw M. et al. (2008). Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 138(1), 192–207.

Lin, C., McAuley, J., Macedo, L., Barnett, D, Smeets, R., Verbunt, J. (2011). Relationship between physical activity and disability in low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 607–613.

Maetzel, A., Li, L.(2002).The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 & 2001. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*,16, 23-30.

MAPI Institute. Linguistic Validation. Retirado, a 12 de Fevereiro de 2012, de: <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>

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

McCracken L., Samuel, V. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain*, 130,119-125.

Médicos–Sentinela. (2006). Um ano com saúde mental – Relatório das atividades de 2004. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

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.

Murphy, D., Lindsay, S., Williams, A. (1997). Chronic low back pain: predictions of pain and relationship to anxiety and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 231–8.

Nielson, W., Jensen, M., Hill, M. (2001). An activity pacing scale for the chronic pain coping inventory: Development in a sample of patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 89(2-3), 111-115.

Peters, M., Vlaeyen, J., Weber, W. (2005). The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*, 113, 45–50.

Pfingsten, M., Leibing, E., Harter, W., Kroner-Herwig, B., Hempel, D., Kronshage, U., Hildebrandt, J. (2001). Fear avoidance behavior and anticipation of pain in patients with chronic low back pain: A randomized controlled study. *Pain Medicine*, 2, 259–266.

Picavet H., Vlaeyen J., Schouten, J. (2002). Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology*, 156, 1028–34.

Pinto, R. (2011). The effect of lumbar posture on abdominal muscle thickness during an isometric leg task in people with and without non-specific low back pain. *Manual Therapy*, 16, 6, 578-584.

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. *Ecos*. Relatório de 2002 do Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Reme, S., Hagen, E., Eriksen, H. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 139.

Reneman M., Jorritsma, W., Dijkstra, S., Dijkstra, P. (2003). Relationship between kinesiophobia and performance in a functional capacity evaluation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 277–85.

Reneman, M., Schiphorts, H., Kleen, M., Geertzen, J., Dijkstra, P. (2007). Are Pain Intensity and Pain Related Fear Related to Functional Capacity Evaluation Performances of Patients with Chronic Low Back Pain? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 247–258.

Romano, J., Jensen, M., Turner, J. (2003). The chronic pain coping inventory-42: reliability and validity. *Pain*, 104, 65–73.

Scientific Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust (2002). Assessing health status and quality-of life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, 11,193–205.

Serpa, R., Cruz E. (2011). Incapacidade Auto-Reportada e Retorno à Atividade Profissional em Indivíduos com Dor Crónica Lombar. *Ifisionline*, 2(1), 12-21.

Sieben, J., et al. (2005). A longitudinal study on the predictive validity of the fear-avoidance model in low back pain. *Pain*, 117, 162–170.

Simeonsson, R., Lollar, D., Hollowell, J., Adams, M. (2000). Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps Developmental issues. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53,113–124.

Smeets R., van Geel K., Verbunt J. (2009). Is the fear avoidance model associated with the reduced level of aerobic fitness in patients with chronic low back pain? *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 90, 109-17.

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.

Streiner D., Norman G., (2008). Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford University Press.

Strong, J., Ashton, R., Chant, D. (1992). The measurement of attitudes towards and the beliefs about pain. *Pain*, 48, 227-236.

Tait, R., Chibnall, J. (1997). Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*, 70, 229–235.

Terwee, C. et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60 (1), 34-42.

van der Giezen, A., Bouter, L. Nijhuis, F. (2000). Prediction of return-to- work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain*, 87(3), 285-294.

van Tulder, M., Koes, B., Bombardier, C. (2002). Low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16, 761-75.

van Tulder, M., Koes, B., Malmivaara, A. (2006). Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence based review. *European Spine Journal*, 15 (Suplemento 1), S64–81.

Verbunt, J., Seelen, H., Vlaeyen, J., van de Heijden, G., Heuts, P., Pons, K., Knottnerus, J. (2003). Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *European Journal of Pain*, 7, 9-21.

Verbunt, J., Smeets, R., Wittink, H. (2010). Cause or effect? Deconditioning and chronic low back pain. *Pain*, 149, 428–430.

Verbunt, J., Westerterp K., van der Heijden, G., Seelen, H., Vlaeyen, J., Knottnerus, J. (2001). Physical activity in daily life in patients with chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 82, 726–30.

Vlaeyen, J., Crombez, G. (1999). Fear of movement/(re)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Manual Therapy*, 4(4), 187-195.

Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, van Eek, H. (1995). Fear of movement/ (re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62: 363–372.

Vlaeyen, J., Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.

Vlaeyen, J., Morley, S. (2004). Active despite pain: The putative role of stop-rules and current mood. *Pain*, 110, 512-516.

Vlaeyen, J., Seelen, H., Peters, M., de Jing, P., Aretz, E., Beisiegel, E., Weber, W. (1999). Fear of movement/(re)injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: an experimental investigation. *Pain*, 82, 297- 304.

Vollenbroek-Hutte et al. (2004). Differences in outcome of a multidisciplinary treatment between subgroups of chronic low back pain patients defined using two multiaxial assessment instruments: the Multidimensional Pain Inventory and lumbar dynamometry. *Clinical Rehabilitation*, 18, 566-579.

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.

Waddell G., Burton, A. (2001). Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occupational Medicine*, 51(2):124-135.

Weiner, S., Nordin, M. (2010). Prevention and management of chronic back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24, 267–279.

Wlodyka-Demaille, S. et al. (2002). French translation and validation of 3 functional disability scales for neck pain. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation* (3), 376-82.

Woby, S., Watson, P., Roach, N., Urmston, M. (2004). Adjustment to chronic low back pain—the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behaviour Research and Therapy*. 42, 761–774.

Wolf A, Pflieger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the WHO*, 81(9), 646-656.

World Health Organization (WHO) (2003). The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium: Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO.

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.

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de medo-evitamento em utentes com dor músculo-esquelética crónica	13
Figura 2 - Modelo da Síndrome do desuso: consequências da inatividade prolongada	22
Figura 3 – Scree Plot obtido da análise factorial	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores de <i>alpha</i> de Cronbach das subescalas da POAM-P original	35
Tabela 2 – Valores de Pearson (r) para as correlações entre as subescalas da POAM-P original	36
Tabela 3 – Valores de Pearson (r) para avaliação da fiabilidade teste –reteste das subescalas da POAM-P original	40
Tabela 4 – Correlações das subescalas da POAM-P original com outras escalas	44
Tabela 5 – Instrumentos aplicados à amostra do estudo 2 e respetivos momentos de aplicação	63
Tabela 6 - Características sócio-demográficas e clínicas dos utentes participantes no estudo piloto.	73
Tabela 7 - Variáveis de caracterização sócio demográfica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: idade, género, estado civil, nível de escolaridade, atividade profissional, formação específica, situação profissional atual e IMC	82
Tabela 8 - Variáveis de caracterização clínica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis: duração da dor, localização da dor, medicação para a dor, ausência ao trabalho devido à dor no último ano, número total de faltas, duração das faltas e baixa remunerada no último ano	85
Tabela 9 - Teste de Esfericidade de Bartlett e Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	86
Tabela 10 - Variância total explicada do Modelo de 7 componentes	87
Tabela 11 – Variância total explicada do Modelo de 3 componentes	89

Tabela 12 - Matriz das 3 componentes extraídas	90
Tabela 13 - Matriz de rotação de componentes	92
Tabela 14 - Pesos factoriais e comunalidades para cada um dos itens do POAM-P-VP	93
Tabela 15 – Variáveis da componente 1 da POAM-P-VP	94
Tabela 16 – Variáveis da componente 2 da POAM-P-VP	95
Tabela 17 – Variáveis da componente 3 da POAM-P-VP	95
Tabela 18 - Modelo de 3 componentes	95
Tabela 19 – Valores de consistência interna, mínimo, máximo, média e desvio-padrão das pontuações obtidas em cada componente.	97
Tabela 20 – Correlações dos itens das escalas e <i>alpha</i> com a retirada de cada item na versão portuguesa da POAM-P.	98
Tabela 21 –Amplitude dos valores de correlação item a item das componentes	98
Tabela 22 – Estabilidade temporal do POAM-P (versão portuguesa)	99
Tabela 23 - Teste de Normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	100
Tabela 24 – Validade de construto entres as componentes do POAM-P-VP e TSK-13-VP, através do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i>	101
Tabela 25 – Correlações entre as componentes do POAM-P-VP	101

ANEXOS

ANEXO I

Escala e subescalas originais do *Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)*¹⁵

Name: _____

Date: _____

People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities. For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities.

		Not at all		Sometimes		All the time
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	0	1	2	3	4
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	0	1	2	3	4
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	0	1	2	3	4
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	0	1	2	3	4
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	0	1	2	3	4
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	0	1	2	3	4
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	0	1	2	3	4
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	0	1	2	3	4
9	I do my activities at a slow and steady pace	0	1	2	3	4
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	0	1	2	3	4
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	0	1	2	3	4

¹⁵ Escala criada por Cane D, Nielson W, Ivey B, Ivey R, McCarthy M, Mazmanian D. (2007). Development and preliminary evaluation of a measure of three pain-related patterns of activity. Presented at the 27th Annual Canadian Pain Society Meeting, Ottawa, Ontario, Canada

12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	0	1	2	3	4
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	0	1	2	3	4
14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things	0	1	2	3	4
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	0	1	2	3	4
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	0	1	2	3	4
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	0	1	2	3	4
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	0	1	2	3	4
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	0	1	2	3	4
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	0	1	2	3	4
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	0	1	2	3	4
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	0	1	2	3	4
23	I do extra on days when my pain is less.	0	1	2	3	4
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	0	1	2	3	4
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	0	1	2	3	4
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	0	1	2	3	4
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	0	1	2	3	4
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	0	1	2	3	4
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	0	1	2	3	4
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	0	1	2	3	4

Avoidant Scale (10 items)

1. I stop what I am doing when my pain starts to get worse.
6. There are many activities that I avoid because they flare up my pain.
8. When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.
11. I avoid activities that I know will make my pain worse.
13. Most days my pain keeps me from doing much at all.
16. I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.
19. Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.
22. I don't start an activity if I know it will make my pain worse.
25. If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.
28. I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.

Overdoing Scale (10 items)

2. When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.
4. I take on extra tasks when I am having a good pain day.
7. I make the most of my good pain days by doing more things.
10. I keep doing what I'm doing until my pain is so bad that I have to stop.
15. Once I start an activity I keep going until it is done.
18. I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.
20. I keep going until I can't stand the pain anymore.
23. I do extra on days when my pain is less.
26. When I do an activity I do the whole thing all at once.
30. Some days I do a lot, other days I don't do much.

Pacing Scale (10 items)

3. I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.
5. When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.
9. I do my activities at a slow and steady pace.
12. When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.
14. I go slower and work at a steady pace when I'm doing things.
17. When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.
21. Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.
24. I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.
27. Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.
29. When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.

Anexo II

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA – DOR CRÓNICA LOMBAR¹⁶

Um grupo de investigadores do Departamento de Fisioterapia do Instituto Politécnico de Setúbal está a realizar um estudo sobre os efeitos da Fisioterapia na dor e na capacidade funcional das pessoas. Para tal, agradecemos que respondesse com sinceridade a todas as questões que fazem parte da referida investigação. As suas respostas são confidenciais e anónimas. Obrigada.

Nome da Instituição: _____

Nº de Processo ou Código Atribuído ao Utente (a colocar pelo investigador) _____

Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

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 Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) Ensino Secundário ou equivalente incompleto (12º ano de escolaridade) Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) Ensino Superior incompleto (Politécnico ou Universitário) Ensino Superior completo (Politécnico ou Universitário)

7. Qual a sua Atividade profissional/ Profissão?

8. Qual a sua situação profissional actual? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar a tempo inteiro A trabalhar a tempo parcial Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Reformada (o) Doméstica (o)

9. Fez formação Profissional específica? Sim Não

¹⁶ Autores: Caeiro, C., Cruz, E. e Fernandes R. (outubro 2011).

10. Qual a sua situação profissional atual? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar a tempo inteiro A trabalhar a tempo parcial Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Reformada (o) Doméstica (o)

DADOS CLÍNICOS

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

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

12. A sua dor prolonga-se para a perna? Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

14.1. Se sim, quantas vezes?

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

14.2. 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

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

Sim Não

16. Por favor, assinale com um risco vertical a intensidade média da sua dor durante os últimos 7 dias.

0 10
|-----|
Ausência de dor Pior dor possível

Anexo III

Tampa Scale of Kinesiophobia - versão portuguesa (TSK-13-VP)¹⁷

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com a escala da direita. Responda, por favor, de acordo com o que verdadeiramente sente, e não de acordo com o que as outras pessoas pensam que devia sentir. Não se trata de um teste sobre conhecimentos médicos, queremos apenas saber a sua opinião. Faça um círculo em volta do número que melhor corresponde ao que sente.

LEIA CADA PERGUNTA E ASSINALE O NÚMERO QUE MELHOR CORRESPONDE AO QUE SENTE

- 1 = Discordo Plenamente
2 = Discordo
3 = Concordo
4 = Concordo plenamente

1	Tenho medo de me magoar se fizer exercício	1	2	3	4
2	Se tentasse ultrapassar a dor, a intensidade dela iria aumentar	1	2	3	4
3	O meu corpo está a dizer-me que tenho algo de errado e grave	1	2	3	4
5	As outras pessoas não levam o meu estado de saúde a sério	1	2	3	4
6	O acidente que sofri colocou o meu corpo em risco para o resto da vida	1	2	3	4
7	A dor significa sempre que me magoei	1	2	3	4
9	Tenho medo de magoar-me acidentalmente	1	2	3	4
10	Tentar não fazer movimentos desnecessários é a melhor coisa que posso fazer para evitar que a dor se agrave	1	2	3	4
11	Não sentiria tanta dor se não se passasse algo de potencialmente grave no meu corpo	1	2	3	4
13	A dor avisa-me quando devo parar de fazer atividade física, evitando assim que me magoe	1	2	3	4
14	Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa	1	2	3	4
15	Não posso fazer tudo o que as outras pessoas fazem, porque me magoo muito facilmente	1	2	3	4
17	Ninguém deveria ter que fazer atividade física quando sente dor	1	2	3	4

¹⁷ Adaptado e validado para a população portuguesa por: Cordeiro, N. Pezarat-Correia, P. Gil, J and Cabri, J. (2011). Portuguese 21 Version of Tampa Scale of Kinesiophobia (13 Itens). *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 43(5), Supplement. Versão original de SH. Kori, R.P. Miller and D.D. Todd. (1990) Kinesisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag.*, (Jan./Feb.). 35-43.

APÊNDICES - Estudo I

Apêndice I

Pedido e obtenção da autorização do autor principal da POAM-P original para tradução da escala

De: Eduardo Cruz <eduardo.cruz@ess.ips.pt>
Assunto: **Fwd: Pedido autorização autor POAM-P**
Data: 30 de Outubro de 2011 10:22:45 WET



From: katarinavieira@hotmail.com
To: douglas.cane@cdha.nshealth.ca
Subject: POAM-P Portuguese translation and cross-cultural adaptation
Date: Thu, 1 Sep 2011 18:35:39 +0000

Dr. Douglas Cane,

I'm a portuguese physiotherapist graduating for master degree in physical therapy and I'm studying about activity patterns in patients with lumbar chronic pain. Considering the POAM-P an important instrument for the measure of activity patterns in these patients, I'm asking your authorization to do the translation and cross-cultural adaptation of this instrument for portuguese people.

With best regards,

Catarina Vieira

Eduardo Cruz

From: Eduardo Cruz [eduardo.cruz@ess.ips.pt]
Sent: segunda-feira, 24 de Outubro de 2011 17:59
To: Eduardo Cruz
Subject: Fwd: POAM-P Portuguese translation and cross-cultural adaptation

From: Douglas.Cane@cdha.nshealth.ca
To: katarinavieira@hotmail.com
Date: Fri, 2 Sep 2011 16:19:48 -0300
Subject: RE: POAM-P Portuguese translation and cross-cultural adaptation

Thanks for your interest in the POAM-P. You are welcome to translate it. If you have any questions about it feel free to email me.

Doug Cane

Apêndice II

Pedido de Colaboração aos Tradutores

Setúbal, 24 Setembro de 2011

Exmo (a). Sr (a).

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia Ramo Condições Músculo-Esqueléticas leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e pela Escola Nacional de Saúde Pública. De momento estou a desenvolver o meu Trabalho de Projecto, com o tema: Contributo para a Validação do Patterns of Activity Measure– Pain (POAM-P2) e cujos objetivos principais são: Adaptar culturalmente o instrumento e avaliar a sua fiabilidade, erro de medida e validade de constructo. O presente estudo tem como orientador o Professor Eduardo Cruz.

Para que um instrumento possa ser utilizado numa língua e cultura diferentes daquelas em foi originalmente desenvolvido, é necessário seguir um conjunto de procedimentos rigorosos, sendo o primeiro, a tradução da versão original do instrumento, que é o inglês, para a língua portuguesa.

Nesse sentido, e considerando que cumpre os critérios definidos na literatura para participar neste tipo de tradução (ser bilingue), venho solicitar a sua colaboração no processo de tradução e adaptação cultural do questionário **Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)**, através da tradução do seu conteúdo da língua original para a língua portuguesa.

Junto anexo as instruções e questões a serem traduzidas. A tradução deverá ser acompanhada de um relatório com o registo de comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

Os meus melhores cumprimentos,

Catarina Vieira

Apêndice III

Formulário para tradução da POAM-P

FORMULÁRIO A2. TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

Tradutor 1 2

Nome do tradutor _____

Perfil do tradutor (*Coloque uma cruz para assinalar a opção*):

Conhecimento do conceito

Desconhecimento do conceito

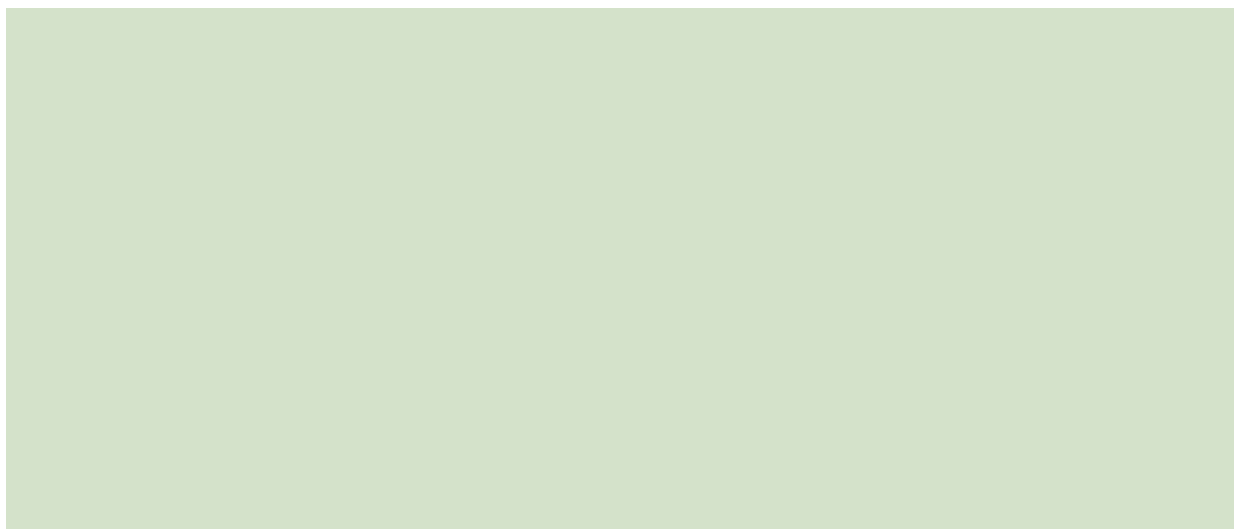
POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES					Tradução				
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."									
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities.									
Not at all	Sometimes			All the time					
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
ITENS DA VERSÃO ORIGINAL					TRADUÇÃO				
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.								
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.								
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.								
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.								
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.								
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.								
7	I make the most of my good pain days by doing more things.								

8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	
9	I do my activities at a slow and steady pace.	
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	
14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things	
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	
23	I do extra on days when my pain is less.	
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	

RELATÓRIO

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.



Nome _____

Profissão/ Área de atividade _____

Justificação para ser considerado "Bilingue" _____

Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.

Apêndice IV

Traduções iniciais obtidas dos dois tradutores participantes

FORMULÁRIO A2. TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

Tradutor

✓1

*2

Nome do tradutor:



Perfil do tradutor (Coloque uma cruz para assinalar a opção):

Conhecimento do conceito

Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade Fisioterapeuta/ Ensino Superior

Justificação para ser considerado "Bilingue" A frequentar actualmente doutoramento na Universidade de Brighton, no Reino Unido

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES					Tradução				
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."					As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades				
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities.					Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.				
Not at all		Sometimes		All the time	Nunca	Às vezes			Sempre
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
ITENS DA VERSÃO ORIGINAL					TRADUÇÃO				
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.				Eu paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.				
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.				Quando estou a fazer uma atividade eu não a interrompo até estar terminada.				
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.				Quando estou a fazer uma atividade, tenho períodos de trabalho e de intervalo.				
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.				Eu faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.				
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.				Quando começo uma atividade eu penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.				
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.				Existem muitas atividades que eu evito porque pioram a minha dor.				

7	I make the most of my good pain days by doing more things.	Eu aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais atividades.
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	Quando a minha dor começa a piorar, eu sei que é o momento de parar o que estou a fazer
9	I do my activities at a slow and steady pace	Eu faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	Eu continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	Eu evito fazer atividades que eu sei que vão piorar a minha dor.
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	Quando faço uma atividade, interrompo pouco tempo depois e volto a ela mais tarde para fazer mais.
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	A maior parte dos dias a minha dor impede-me de fazer muitas atividades.
14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things	Eu avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer atividades.
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	Quando início uma atividade eu continuo a fazê-la até estar terminada.
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	Eu limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	Quando faço uma atividade eu divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	Eu simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer a atividade que estiver a fazer no momento, enquanto conseguir.
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Por causa da minha dor, na maioria dos dias eu passo mais tempo a descansar que a fazer atividades.
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	Eu continuo a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Em vez de fazer uma atividade de uma vez, eu faço um pouco de cada vez.
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	Eu não começo uma atividade se souber que ela vai piorar minha dor.
23	I do extra on days when my pain is less.	Eu faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	Eu lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	Se eu sei que alguma atividade vai piorar a minha dor, eu não a faço mais.
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	Quando eu faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.

28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	Eu tenho limitado as minhas atividades, não fazendo as que pioram a minha dor.
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	Quando eu faço uma atividade, trabalho, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	Alguns dias faço muitas atividades outros dias não faço quase nada.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Nas instruções ponderei entre as seguintes expressões: De modo nenhum/Nunca; Às vezes; O tempo todo/ Sempre. As expressões sublinhadas parecem-me estar mais próximo da versão original, contudo a minha decisão recai sobre as expressões não sublinhadas por me parecer que serão mais facilmente compreendidas.

Ao longo do instrumento são feitas referências a situações de agravamento dos sintomas. Ponderei entre as expressões: agravar e piorar. Pareceu-me que a segunda poderá ser mais facilmente compreendida.

A tradução directa da questão 3, levantou-me algumas dúvidas relativamente à viabilidade da sua compreensão pelo que optei por uma tradução que me parece preservar o significado da versão original.

Na questão 7: Embora a tradução da expressão utilizadas seja “coisas”, parece-me mais adequado utilizar a palavra “atividades” por uma questão de coerência com as questões restantes.

Na questão 14: utilizei a palavra “avanço” que embora não seja a tradução directa, me pareceu manter o significado e simultaneamente ser facilmente compreendida.

Introduzi algumas vírgulas nas afirmações que não constam no documento original, por me parecer que poderão facilitar a compreensão.

Durante a leitura do questionário, tive por diversas vezes a sensação de estar a repetir perguntas. Nem sempre é clara a diferença entre algumas questões, por exemplo 9 e 14; 2 e 15; 21 e 27.

Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.

FORMULÁRIO A2. TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

Tradutor

1

✓2

Nome do tradutor: XXXXXXXXXX

Perfil do tradutor (Coloque uma cruz para assinalar a opção):

Conhecimento do conceito

Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade: *Doutoranda em Biomecânica*

Justificação para ser considerado "Bilingue": *Vivi durante 5 anos em Inglaterra. Durante esse período completei a minha licenciatura e estive empregada por um período superior a 1 ano.*

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES					Tradução				
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."					"As pessoas que têm dor utilizam diferentes estratégias para lidar com as atividades do dia a dia. Pense em como faz normalmente as suas atividades diárias."				
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities.					Para cada uma das afirmações abaixo, coloque um círculo à volta de um número de 0 a 4 que melhor descreva como faz normalmente as suas atividades diárias.				
Not at all	Sometimes			All the time	Nunca	Às vezes			Sempre
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		TRADUÇÃO		
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	Interrompo o que estou a fazer quando a dor começa a piorar.		
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	Quando estou envolvido(a) numa atividade, não paro enquanto não estiver concluída.		
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	Costumo alternar entre períodos de trabalho e de descanso durante uma atividade.		
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	Dedico-me a tarefas extras em dias de menos dor.		
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	Quando começo uma atividade penso em como posso dividi-la em partes mais pequenas.		
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	Há muitas atividades que evito por agravarem a minha dor.		
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	Aproveito ao máximo os dias de menos dor fazendo mais coisas.		
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	Quando a dor começa a piorar sei que devo parar com o que estou a fazer.		
9	I do my activities at a slow and steady pace	Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.		

10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	Vou continuando a fazer o que estou a fazer até que a dor seja tão forte que me impessa de continuar.
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	Evito aquelas atividades que sei que agravam a dor.
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	Quando estou envolvido(a) numa atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	Na maioria dos dias a dor impede-me de fazer muita coisa.
14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things	Costumo fazer as coisas mais devagar e a um ritmo constante.
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	Uma vez que dê início a uma atividade, vou continuando até estar concluída.
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não agravam a dor.
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	Quando estou envolvido(a) numa atividade divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	Simplesmente ignoro a dor e continuo com o que estou a fazer até aguentar.
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Devido à dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que envolvido(a) em atividades.
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	Eu vou continuando até não aguentar mais a dor.
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, vou fazendo-a aos poucos.
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	Não dou início a uma atividade se souber que vai agravar a dor.
23	I do extra on days when my pain is less.	Faço extra nos dias em que a dor é inferior.
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	Lembro-me de interromper e fazer intervalos durante uma atividade.
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	Se sei que algo agrava a dor, deixo de o fazer.
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	Quando me envolvo numa atividade faço-a toda de uma só vez.
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Em vez de completar a atividade toda, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	Reduzi as minhas atividades eliminando aquelas que agravam a dor.
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	Quando me envolvo numa atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo, e depois volto de novo ao trabalho.
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.

RELATÓRIO

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Logo na primeira frase das instruções fiquei indecisa com a expressão “people who have pain”. Optei por traduzir à letra porque, entre “pessoas que sofrem com dor” ou “pessoas afectadas pela dor”, me soou melhor.

Tive algumas dificuldades em traduzir a expressão “good pain day”, porque, apesar de entender perfeitamente o significado, não temos nenhuma expressão equivalente em Português (pelo menos que eu me recorde). Optei por traduzir para “dia de menos dor”, por se enquadrar bem nas frases em que estava inserida, e porque foi a melhor maneira que achei de dizer. A meu ver, para alguém que sofre de dor crónica, todos os dias eles têm dores, e uns dias são piores que outros. Um bom dia para eles é um dia em que a dor não os limita tanto, e é tolerável. Na minha cabeça “a good pain day” é um dia bom em termos de dor, ou seja, um dia de menos dor.

Tive também muita dificuldade com a frase nº14, porque nem mesmo em inglês consigo compreender bem o sentido: “I go slower and work at a steady pace when I’m doing things”. Penso que está relacionada com a frase nº 9: “I do my activities at a slow and steady pace”, e por isso traduzo-as de forma muito semelhante. Mas não sei se está correcto, ou se estou a alterar o sentido da frase nº 14.

Por último, na última frase, penso que há varias formas de dizer o que está escrito. Tentei optar por uma que fosse o mais fiel possível, mas honestamente não sei se é a que soa melhor em Português. Posso sugerir uma menos fiel mas que soa melhor: Faço mais nuns dias do que noutros.

Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.

Apêndice V

Relatório do Processo de Síntese de Tradução

FORMULÁRIO A3. PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE 1 (TRADUÇÃO DA LÍNGUA ORIGINAL- LÍNGUA PORTUGUESA) MEMBROS DO PAINEL

Nome:

[REDACTED]

Nome:

[REDACTED]

Nome:

[REDACTED]

Data: 30-09-2011

INSTRUMENTO: Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)

TRADUÇÃO DAS INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL				TRADUTOR 1				TRADUTOR 2				VERSÃO DE CONSENSO							
“People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities.”				As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades				“As pessoas que têm dor utilizam diferentes estratégias para lidar com as atividades do dia a dia. Pense em como faz normalmente as suas atividades diárias.”				As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias							
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities				Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.				Para cada uma das afirmações abaixo, coloque um círculo à volta de um número de 0 a 4 que melhor descreva como faz normalmente as suas atividades diárias.				Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.							
Not at all	Sometimes			All the time	Nunca	Às vezes			Sempre	Nunca	Às vezes			Sempre	Nunca	Às vezes			Sempre
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		TRADUTOR 1				TRADUTOR 2				VERSÃO DE CONSENSO			
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	Eu paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.				Interrompo o que estou a fazer quando a dor começa a piorar.				Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.			
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	Quando estou a fazer uma atividade eu não a interrompo até estar terminada.				Quando estou envolvido(a) numa atividade, não paro enquanto não estiver concluída.				Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.			
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	Quando estou a fazer uma atividade, tenho períodos de trabalho e de intervalo.				Costumo alternar entre períodos de trabalho e de descanso durante uma atividade.				Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.			
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	Eu faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.				Dedico-me a tarefas extras em dias de menos dor.				Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.			
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	Quando começo uma atividade eu penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.				Quando começo uma atividade penso em como posso dividi-la em partes mais pequenas.				Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.			

6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	Existem muitas atividades que eu evito porque pioram a minha dor.	Há muitas atividades que evito por agravarem a minha dor.	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	Eu aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais atividades.	Aproveito ao máximo os dias de menos dor fazendo mais coisas.	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	Quando a minha dor começa a piorar, eu sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	Quando a dor começa a piorar sei que devo parar com o que estou a fazer.	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.
9	I do my activities at a slow and steady pace	Eu faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.	Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	Eu continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	Vou continuando a fazer o que estou a fazer até que a dor seja tão forte que me impeça de continuar.	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	Eu evito fazer atividades que eu sei que vão piorar a minha dor.	Evito aquelas atividades que sei que agravam a dor.	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	Quando faço uma atividade, interrompo pouco tempo depois e volto a ela mais tarde para fazer mais.	Quando estou envolvido(a) numa atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	A maior parte dos dias a minha dor impede-me de fazer muitas atividades.	Na maioria dos dias a dor impede-me de fazer muita coisa.	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.

14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things.	Eu avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer atividades.	Costumo fazer as coisas mais devagar e a um ritmo constante.	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	Quando início uma atividade eu continuo a fazê-la até estar terminada.	Uma vez que dê início a uma atividade, vou continuando até estar concluída.	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	Eu limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não agravam a dor.	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	Quando faço uma atividade eu divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	Quando estou envolvido(a) numa atividade divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	Eu simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer a atividade que estiver a fazer no momento, enquanto conseguir.	Simplesmente ignoro a dor e continuo com o que estou a fazer até aguentar.	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir.
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Por causa da minha dor, na maioria dos dias eu passo mais tempo a descansar que a fazer atividades.	Devido à dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que envolvido(a) em atividades.	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	Eu continuo a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.	Eu vou continuando até não aguentar mais a dor.	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.

21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Em vez de fazer uma atividade de uma vez, eu faço um pouco de cada vez.	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, vou fazendo-a aos poucos.	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	Eu não começo uma atividade se souber que ela vai piorar minha dor.	Não dou início a uma atividade se souber que vai agravar a dor.	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.
23	I do extra on days when my pain is less.	Eu faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	Faço extra nos dias em que a dor é inferior.	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	Eu lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	Lembro-me de interromper e fazer intervalos durante uma atividade.	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	Se eu sei que alguma atividade vai piorar a minha dor, eu não a faço mais.	Se sei que algo agrava a dor, deixo de o fazer.	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	Quando eu faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	Quando me envolvo numa atividade faço-a toda de uma só vez.	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	Em vez de completar a atividade toda, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	Eu tenho limitado as minhas atividades, não fazendo as que pioram a minha dor.	Reduzi as minhas atividades eliminando aquelas que agravam a dor.	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.

29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	Quando eu faço uma atividade, trabalho, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	Quando me envolvo numa atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo, e depois volto de novo ao trabalho.	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	Alguns dias faço muitas atividades outros dias não faço quase nada.	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Em todos os itens, e sempre que a versão original utilizava o pronome pessoal, optou-se por não incluir o pronome pessoal na tradução, mantendo assim a coerência na construção das diferentes afirmações.

Ao longo dos itens do instrumento são feitas referências a situações de agravamento dos sintomas. Os tradutores optaram por diferentes expressões: agravar e piorar. Parece-nos, e tal como é sugerido pelo Tradutor 1, que a expressão piorar poderá ser mais facilmente compreendida pelos utentes/ participantes no estudo.

Ao longo dos itens do instrumento são utilizadas as expressões “atividades” e “coisas” por ambos os tradutores. Pareceu-nos adequado manter essa alternância procurando permanecer fiel às expressões usadas na versão original e pensando que nem todas as situações, por exemplo de agravamento de sintomas, estão associadas com atividades.

Apêndice VI

Pedido de colaboração para a retroversão

Exmo (a). Sr (a).

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia Ramo Condições Músculo-Esqueléticas leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e pela Escola Nacional de Saúde Pública. De momento estou a desenvolver o meu Trabalho de Projecto, com o tema: Contributo para a Validação do Patterns of Activity Measure– Pain (POAM-P), cujos objetivos principais são: Adaptar culturalmente o instrumento e avaliar a sua fiabilidade, erro de medida e validade de constructo. O presente estudo tem como orientador o Professor Eduardo Cruz.

Para que um instrumento possa ser utilizado numa língua e cultura diferentes daquelas em foi originalmente desenvolvido, é necessário seguir um conjunto de procedimentos rigorosos, sendo o primeiro, a tradução da versão original do instrumento, que é o inglês, para a língua portuguesa. O segundo procedimento é a retroversão da versão traduzida.

Nesse sentido, e considerando que cumpre os critérios definidos na literatura para participar na retroversão do instrumento (ser bilingue, expert na área neuro-músculo-esquelética, com conhecimento e experiência na área da dor crónica, experiência na área de ensino/supervisão de estágios e totalmente cego em relação à versão original), venho solicitar a sua colaboração neste processo de tradução e adaptação cultural do questionário **Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)**, através da retradução do conteúdo para a língua original, o inglês.

Junto anexo as instruções e questões a serem retraduzidas. A retradução deverá ser acompanhada de um relatório com o registo de comentários relativos ao conteúdo da mesma, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

Os meus melhores cumprimentos,

Catarina Vieira

Apêndice VII

Formulário para a retroversão

FORMULÁRIO A2. RETRADUÇÃO PARA INGLÊS

Retradutor

1

2

Nome do retradutor

Profissão/ Área de atividade

Justificação para ser considerado bilingue, expert na área da neuro-músculo-esquelética e totalmente cego em relação à versão original do instrumento POAM-P

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES					Retradução				
As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias.									
Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.									
Nunca	Às vezes			Sempre					
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		Retradução	
1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.		
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.		
3	Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.		
4	Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.		
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.		

6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	
9	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	
10	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	
12	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	
18	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir.	
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	
20	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.	
21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	
22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	
23	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	

25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	
27	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	

RELATÓRIO

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.

Apêndice VIII

Retroversões obtidas dos retrotradutores

FORMULÁRIO A2. RETRADUÇÃO PARA INGLÊS

Retradutor

1

2

Nome do retradutor



Profissão/ Área de atividade

Docência no ensino superior

Justificação para ser considerado bilingue, expert na área da neuro-músculo-esquelética e totalmente cego em relação à versão original do instrumento POAM-P

Formação no British Council (The United Kingdom's international organization for cultural relations and educational opportunities) em 2007-08: realização do International English Language Testing System (IELTS) – academic test, em Setembro de 2009, com um resultado total de 6.5 (“reading” – 7 e “writing” – 7). A frequentar o Doutorado desde Outubro de 2010 na St George's: University of London. Sem conhecimento prévio da versão original do instrumento POAM-P.

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES					Retradução				
As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias.					People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.				
Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.					For each statement select, with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.				
Nunca		Às vezes		Sempre	Never		Sometimes		Always
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		Retradução
1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	I stop what I am doing when my pain gets worse.
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	When I am doing an activity I do not interrupt until it is finished.
3	Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.	I alternate periods of work with periods of rest when I am doing an activity.

4	Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.	I do extra activities on days when the pain is better
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts
6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	There are many activities that I avoid because aggravate my pain.
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	When my pain gets worse, I know that is the moment to stop what I am doing.
9	Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante	I do my activities at a pace slow and steady.
10	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so strong/ so bad that I have to interrupt.
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	I avoid doing activities that I know that will aggravate my pain.
12	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	When I do an activity, I interrupt after a while and I will continue later
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	Most of the days my pain prevent me from doing much.
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	I advance slowly and steadily when I am doing things.
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	When I start an activity I continue doing until it is finished.
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	I limit my activities to those that I know that do not aggravate my pain.
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	When I do an activity, I divide it into small parts and I do one part at a time.
18	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir.	I simply ignore my pain and keep doing what I am doing until I can.
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.
20	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.	I will continue doing until I cannot stand the pain anymore.

21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	Instead of doing an activity all at once, I do a little at a time.
22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	I do not start an activity if I know that will aggravate my pain.
23	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	I do extra activities on days when I have less pain.
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity
25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it more.
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	When I do an activity, I do it all at once.
27	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	I reduced my activities, not doing those that aggravate my pain.
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	When I do an activity, I work a little, make a break and come back again to work
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	There are days when I do a lot, while in others less so.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Nalgumas situações é utilizado o termo “realizar” e noutras “fazer”. Sendo sinónimos, optei por utilizar “to perform” e “to do” respectivamente, na tradução para a língua inglesa.

No item 7 e 23 traduzi como: “have pain”, mas penso que poderia também ser adequado: “feel pain”, considerando o tema- dor.

No item 10 traduzi como: “so strong”, mas também poderia ser: “so bad”, pela mesma razão evocada em cima.

Utilizei os termos “aggravate” e “get worse” para traduzir “piorar”, dependendo da construção frásica. Sempre que se reportava a atividades que pioram a dor utilizei o termo “aggravate”. Quando a dor é sujeito utilizei “get worse”.

Apesar de não conhecer o formato deste instrumento de medida para o autopreenchimento por parte dos utentes, penso que o título do questionário **Patterns of Activity Measure-Pain** deveria ser igualmente traduzido, para a sua compreensão por parte de quem o preenche.

Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.

FORMULÁRIO A2. RETRADUÇÃO PARA INGLÊS

Retradutor

1

2

Nome do retradutor

[REDACTED]

Profissão/ Área de atividade

Doutoranda e Assistente convidada em Biomecânica – Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa

Justificação para ser considerado bilingue, expert na área da neuro-músculo-esquelética e totalmente cego em relação à versão original do instrumento POAM-P

1. Ter tido formação e trabalhado durante 6 meses no laboratório do Institute for Biophysical and Clinical Research into Human Movement, Manchester Metropolitan University, Reino Unido
2. Pelo trabalho que tenho desenvolvido no âmbito da aplicação de carga mecânica ao sistema músculo-esquelético, nomeadamente, na população idosa.
3. Nunca apliquei o questionário mencionado, não conheço a sua versão original.

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

INSTRUÇÕES					Retradução				
As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias.					People who are in pain perform differently their daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.				
Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.					For each one of the sentences, please select with a circle, between 0 and 4, the option that better describes the way you usually perform your daily activities.				
Nunca		Às vezes		Sempre	Never	Sometimes		Always	
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		Retradução	
1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.	

3	Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.
4	Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.	I do extra activities on the days my pain is better.
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	When I start an activity, I think about how I can divide it in smaller parts.
6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	There are several activities I avoid because they worsen my pain.
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	I make the most of the days I have less pain by doing more stuff.
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	When my pain starts to get worse, I know that is the time to stop what I am doing.
9	Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.	I do my activities in a slow and constant rhythm.
10	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	I continue to do the activities I am doing, until my pain is so strong that I have to stop.
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.
12	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	During most of my days, my pain stops me of doing a lot of things.
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	I move slow and at a constant rhythm, when I am doing stuff.
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	I limit my activities to those which I know that won't be worsening my pain.
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.
18	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir.	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing while I can.
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	Due to my pain, on most of the days, I spend more time resting than doing activities.
20	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.	I will keep on doing until I no longer stand the pain.
21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	Instead of doing an activity all at once, I do a bit at a time.

22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.
23	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	I do extra activities on the days I have less pain.
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	I remember to stop and take a rest when I am performing an activity.
25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	If I know that something is going to aggravate my pain, I will not do it again.
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	When I do an activity, I do it all in once.
27	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	Instead of doing a complete activity, I split it in small parts and do each one at a time.
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	When I do an activity, I work a little, I take a break and I start again working.
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.

RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

- I. Forma de classificação: A escala varia de 0 a 4 e não se entende nas instruções a que é que corresponde cada um dos extremos, o que torna o preenchimento confuso para o respondente. Para além disso, o facto de haver apenas 3 classificações (Nunca, às vezes e sempre) para uma escala com 5 possibilidades também é confuso. Na minha opinião bastava só classificar os extremos.
- II. Ao traduzir, fiz os possíveis para manter a estrutura da frase, embora pense que, utilizando a língua inglesa, talvez não fosse essa a estrutura que adoptaria para a mesma. Escolhi fazê-lo para que não se verifiquem 2 frases diferentes com a mesma tradução.

Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.

Apêndice IX

Versão Síntese das retroversões obtidas

FORMULÁRIO A5. PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE 2 (RETRADUÇÃO DA LÍNGUA PORTUGUESA – LÍNGUA ORIGINAL)

MEMBROS DO PAINEL

- Nome: ██████████ Profissão/ Área de atividade: Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
- Nome: ██████████ Profissão/ Área de atividade: Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
- Nome: ██████████ Profissão/ Área de atividade: Fisioterapeuta

Data: 22-10-2011

INSTRUMENTO: Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)

RETRADUÇÃO DAS INSTRUÇÕES

RETRADUTOR 1					RETRADUTOR 2					VERSÃO DE CONSENSO 2				
People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.					People who are in pain perform differently their daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.					People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.				
For each statement select, with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.					For each one of the sentences, please select with a circle, between 0 and 4, the option that better describes the way you usually perform your daily activities.					For each statement please select, with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.				
Never	Sometimes			Always	Never	Sometimes			Always	Never	Sometimes			Always
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

	RETRADUTOR 1	RETRADUTOR 2	VERSÃO DE CONSENSO 2
1	I stop what I am doing when my pain gets worse.	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	I stop what I am doing when my pain gets worse.
2	When I am doing an activity I do not interrupt until it is finished.	When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.	When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.
3	I alternate periods of work with periods of rest when I am doing an activity.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.
4	I do extra activities on days when the pain is better.	I do extra activities on the days my pain is better.	I do extra activities on the days my pain is better.
5	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts	When I start an activity, I think about how I can divide it in smaller parts.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts.
6	There are many activities that I avoid because aggravate my pain.	There are several activities I avoid because they worsen my pain.	There are many activities that I avoid because they worsen my pain.
7	I make the most of days when I have less pain, doing more things.	I make the most of the days I have less pain by doing more stuff.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.
8	When my pain gets worse, I know that is the moment to stop what I am doing.	When my pain starts to get worse, I know that is the time to stop what I am doing.	When my pain gets worse, I know that is the moment to stop what I am doing.
9	I do my activities at a pace slow and steady.	I do my activities in a slow and constant rhythm.	I do my activities in a slow and steady pace.
10	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so strong/ so bad that I have to interrupt.	I continue to do the activities I am doing, until my pain is so strong that I have to stop.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so bad that I have to stop.
11	I avoid doing activities that I know that will aggravate my pain.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.
12	When I do an activity, I interrupt after a while and I will continue later	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.
13	Most of the days my pain prevent me from doing much.	During most of my days, my pain stops me of doing a lot of things.	Most of the days my pain prevent me from doing much.

14	I advance slowly and steadily when I am doing things.	I move slow and at a constant rhythm, when I am doing stuff.	I advance slowly and steadily when I am doing things.
15	When I start an activity I continue doing until it is finished.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.
16	I limit my activities to those that I know that do not aggravate my pain.	I limit my activities to those which I know that won't be worsening my pain.	I limit my activities to those that I know that won't be worsening my pain.
17	When I do an activity, I divide it into small parts and I do one part at a time.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.
18	I simply ignore my pain and keep doing what I am doing until I can.	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing while I can.	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing until I can.
19	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.	Due to my pain, on most of the days, I spend more time resting than doing activities.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.
20	I will continue doing until I cannot stand the pain anymore.	I will keep on doing until I no longer stand the pain.	I will keep doing until I cannot stand the pain anymore.
21	Instead of doing an activity all at once, I do a little at a time.	Instead of doing an activity all at once, I do a bit at a time.	Instead of doing an activity all at once, I do a little bit at a time.
22	I do not start an activity if I know that will aggravate my pain.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.
23	I do extra activities on days when I have less pain.	I do extra activities on the days I have less pain.	I do extra activities on days when I have less pain.
24	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity	I remember to stop and take a rest when I am performing an activity.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity.
25	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it more.	If I know that something is going to aggravate my pain, I will not do it again.	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it anymore.
26	When I do an activity, I do it all at once.	When I do an activity, I do it all in once.	When I do an activity, I do it all at once.
27	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.	Instead of doing a complete activity, I split it in small parts and do each one at a time.	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.

28	I reduced my activities, not doing those that aggravate my pain.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.
29	When I do an activity, I work a little, make a break and come back again to work	When I do an activity, I work a little, I take a break and I start again working.	When I do an activity, I work a little, I take a break and come back again to work.
30	There are days when I do a lot, while in others less so.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.

Apêndice X

Dossier para os participantes do Comité de Peritos

- PERITO EM LINGUÍSTICA

ASSUNTO: PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS PERITOS

Exma. Sr (a). Professora

██████████

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo- Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objetivo é a adaptação e validação da escala “Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)” para a população portuguesa, tendo o presente estudo como orientador o Professor Eduardo Cruz.

O estudo pretende disponibilizar esta escala de 30 questões, para a população portuguesa, cujo objetivo é medir os padrões de atividade em utentes com dor crónica. Neste contexto gostaria de solicitar a sua colaboração para integrar o comité de peritos (*experts* em condições músculo- esqueléticas, no processo metodológico, ou em linguística) **seleccionados para efectuar a análise da versão traduzida para língua portuguesa quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.**

A tradução deste questionário foi solicitada e realizada, seguindo as normas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida, que até à data, compreendeu:

1. Tradução para português do instrumento original por dois indivíduos independentes, de língua materna portuguesa;
2. Construção de uma versão de consenso (por um terceiro elemento);
3. Retroversão desta última por outros dois indivíduos independentes, e bilingues;

Considerando a sua experiência e “*expertise*” em linguística, venho por este meio solicitar a sua colaboração na validação de conteúdo da versão portuguesa do Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P) (Apêndice 1), preenchendo para o efeito, a coluna indicada no Apêndice 1 para comentários e sugestões, e o Apêndice 2., onde lhe é solicitado uma caracterização profissional sumária. Solicito ainda, que o preenchimento seja efectuado nos espaços considerados nos referidos Apêndices. Após o respectivo preenchimento, e logo que possível, agradeço a devolução deste documento, pessoalmente ou por e-mail.

Caso surja alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-nos através do número 916 054 391, ou pelo seguinte e-mail: katarinavieira@hotmail.com

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver o questionário, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Catarina Gaspar Vieira

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E RETROVERSÃO

O papel do Comité de Peritos, ao qual pertence, é o de consolidar todas as versões da escala e desenvolver a versão pré final da versão Portuguesa do **instrumento POAM-P**, para posterior utilização no estudo piloto com profissionais de saúde e utentes com dor lombar crónica. Assim, pretende-se que reveja as traduções realizadas, e as avalie quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.

Note que a estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, etc.). Qualquer alteração deve cingir-se apenas à formulação das questões.

A avaliação do processo de adaptação linguística deve desenrolar-se da seguinte maneira:

1. Primeiro deve ler com atenção as questões colocadas na página seguinte.
2. Depois deve comparar a versão síntese 2 (versão retro - traduzida) com a versão original do instrumento, e com a versão síntese 1 (versão portuguesa) (conforme Apêndice 1). Na coluna respectiva, e para cada questão, deve avaliar se as questões tal como foram traduzidas para português são equivalentes (equivalência semântica; conceptual, idiomática e experiencial) à versão original.
3. No caso de identificar questões que comprometam a equivalência de ambas as versões registre por favor os seus comentários e a solução que propõe para uma melhor formulação.

Nota: Caso se verifiquem discrepâncias entre os elementos do Comité de Peritos no processo de avaliação, o comité e os tradutores irão rever todas as traduções efectuadas de modo a obterem uma versão consensual.

INSTRUÇÕES

Para cada questão da escala POAM-P avalie se:

1. Na sua opinião, considera que as instruções de preenchimento estão rigorosamente traduzidas?
2. Na sua opinião, as questões da versão portuguesa do questionário mantêm o mesmo significado conceptual que tinham na língua original, isto é, apresentam equivalência conceptual?
3. Tendo por base a versão original, considera que na versão portuguesa a construção das perguntas mantém o mesmo significado que tinha na língua original, ou seja, que apresenta equivalência linguística (ou semântica)? (*Por exemplo, se na sua opinião as palavras tem o mesmo significado; se existem questões que podem ter múltiplos significados, ou se existem dificuldades gramaticais na tradução*).
4. No sentido de avaliar a equivalência idiomática, e uma vez que os coloquialismos são difíceis de traduzir, torna-se por vezes necessário formular expressões equivalentes na versão traduzida. Assim, deve considerar se existem alguns termos ou expressões que se encontrem mal adaptados para a população portuguesa e que por isso necessitem de nova formulação. Se sim, agradecemos que os mencionasse, na coluna de comentários e sugestões (Apêndice 1).
5. No sentido de avaliar a equivalência experiencial é necessário avaliar se as questões formuladas se adequam à realidade cultural da população portuguesa, concretamente se as tarefas ou atividades mencionadas no questionário existem na realidade portuguesa e se são atividades comuns no dia a dia das pessoas. No caso de identificar alguma situação desta natureza, agradecemos que sugerisse uma tarefa ou atividade similar comum na população.

Apêndice 1: Avaliação do Painel de Peritos

INSTRUMENTO: Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)

INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL					VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)					VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)					COMENTÁRIOS E SUGESTÕES				
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."					As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias					People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.					Ok Deve corrigir-se e acrescentar ponto final no fim da frase.				
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities					Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as duas atividades diárias.					For each statement please select, with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.					Ok Deve corrigir-se a gralha: "suas" em vez de "duas".				
Not at all	Sometimes			All the time	Nunca	Às Vezes			Nunca	Never	Sometimes			Always					
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO CONSENSO 1			VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)				COMENTÁRIOS E SUGESTÕES				
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.			I stop what I am doing when my pain starts to get worse.				Ok				
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.			When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.				Ok				

3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.	Ok Por uma questão de paralelismo com as afirmações anteriores, sugere-se que a oração “Quando estou a fazer uma actividade” venha no início.
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.	I do extra activities on the days my pain is better.	Ok
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts.	Ok
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor	There are many activities that I avoid because they worsen my pain.	Ok Deve corrigir-se e acrescentar ponto final no fim da frase.
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.	Ok
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	When my pain starts to get worse, I know that is the moment to stop what I am doing.	Ok
9	I do my activities at a slow and steady pace.	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	I do my activities in a slow and steady pace	Ok
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so bad that I have to stop.	Sugere-se alterar para: “Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.”

11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.	Ok Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.	Sugere-se alterar para: “Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.”
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	Most of the days my pain prevent me from doing much.	Ok
14	I go slower and work at a steady pace when I’m doing things.	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas	I advance slowly and steadily when I am doing things.	Ok Deve corrigir-se e acrescentar ponto final no fim da frase.
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.	Ok
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	I limit my activities to those that I know that won’t be worsening my pain.	Ok Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.	Ok
18	I just ignore my pain and keep doing what I’m doing as long as I can.	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing until I can.	Ok

19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.	Ok
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.	I will keep doing until I cannot stand the pain anymore.	Sugere-se alterar para: " Eu vou continuando a fazer as minhas atividades/ o que tenho de fazer até não aguentar mais a dor."
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	Instead of doing an activity all at once, I do a little bit at a time.	Ok
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.	Ok Sugere-se uniformizar a tradução de "make (my) pain worse" para ou "agravar a (minha) dor" ou "piorar a (minha) dor".
23	I do extra on days when my pain is less.	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	I do extra activities on days when I have less pain.	Sugere-se alterar para "... nos dias em que sinto/tenho menos dores."
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity	Ok
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it anymore.	Ok Sugere-se uniformizar a tradução de "make (my) pain worse" para ou "agravar a (minha) dor" ou "piorar a (minha) dor".
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	When I do an activity, I do it all at once.	Ok

27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.	Sugere-se alterar para: “Em vez de fazer a atividade toda de uma vez...”
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.	Ok Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	When I do an activity, I work a little, I take a break and come back again to work.	
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.	

Comentário Geral

Por favor registre qualquer comentário relativos à generalidade do conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que o guiou à tomada de decisão.

No geral, considera-se haver equivalência conceptual, linguística (semântica), idiomática e experiencial. No entanto, considera-se, por fidelidade à versão original, que se deve traduzir “make the pain worse” sempre pela mesma expressão em português e não com a diversidade existente: “piorar a dor” e “agravar a dor”.

Deixa-se também a sugestão de apresentar a versão final da escala em concordância com a nova norma ortográfica. Para tal pode usar-se o conversor ortográfico *Lince*, acessível *online* em <http://www.portaldalinguaportuguesa.org/?action=lince>.

Apêndice 2: Caracterização dos Elementos do Painel de Peritos

1. Nome: ██████████

2. **Profissão:** Docente do Ensino Superior Politécnico / Investigadora, área de especialidade – Linguística

3. **Formação Académica** (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

a) Bacharelato b) Licenciatura c) Mestrado d) Doutoramento X

4. **Pós-graduações/ Formação especializada realizada:**

Doutoramento em Sciences du Langage / Linguística, especialidade de Syntaxe, Université Paris 8 e Universidade Nova de Lisboa, 2006

5. **Local onde exerce actualmente a profissão:**

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

6. **Número de anos de experiência profissional:** 14 anos

7. **Número de anos de experiência específica na área em estudo (condições músculo- esqueléticas):**

Não se aplica

8. **Formações realizadas na área das condições músculo-esqueléticas** Não se aplica

9. **Trabalhos/Apresentações realizados na área condições músculo-esqueléticas:** Não se aplica

aplica

Muito Obrigado pela sua colaboração!

- Perito em Condições Músculo-esqueléticas -1

ASSUNTO: PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS PERITOS

Exma. Sr (a). [REDACTED]

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo- Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objetivo é a adaptação e validação da escala “Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)” para a população portuguesa, tendo o presente estudo como orientador o Professor Eduardo Cruz.

O estudo pretende disponibilizar esta escala de 30 questões, para a população portuguesa, cujo objetivo é medir os padrões de atividade em utentes com dor crónica. Neste contexto gostaria de solicitar a sua colaboração para integrar o comité de peritos (*experts* em condições músculo- esqueléticas, no processo metodológico, ou em linguística) **seleccionados para efectuar a análise da versão traduzida para língua portuguesa quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.**

A tradução deste questionário foi solicitada e realizada, seguindo as normas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida, que até à data, compreendeu:

1. Tradução para português do instrumento original por dois indivíduos independentes, de língua materna portuguesa;
2. Construção de uma versão de consenso (por um terceiro elemento);
3. Retroversão desta última por outros dois indivíduos independentes, e bilingues;

Considerando a sua experiência e “*expertise*” em condições músculo- esqueléticas, venho por este meio solicitar a sua colaboração na validação de conteúdo da versão portuguesa do Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P) (Apêndice 1), preenchendo para o efeito, a coluna indicada no Apêndice 1 para comentários e sugestões, e o Apêndice 2., onde lhe é solicitado uma caracterização profissional sumária. Solicito ainda, que o preenchimento seja efectuado nos espaços considerados nos referidos Apêndices. Após o respectivo preenchimento, e logo que possível, agradeço a devolução deste documento, pessoalmente ou por e-mail.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através do número 916 054 391, ou pelo seguinte e-mail: katarinavieira@hotmail.com

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver o questionário, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,
Catarina Gaspar Vieira

Endereço:

Catarina Gaspar Vieira, Rua dos Vales s/nº, 2480-013 Alqueidão da Serra

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E RETROVERSÃO

O papel do Comité de Peritos, ao qual pertence, é o de consolidar todas as versões da escala e desenvolver a versão pré final da versão Portuguesa do **instrumento POAM-P**, para posterior utilização no estudo piloto com profissionais de saúde e utentes com dor lombar crónica. Assim, pretende-se que reveja as traduções realizadas, e as avalie quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.

Note que a estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, etc.). Qualquer alteração deve cingir-se apenas à formulação das questões.

A avaliação do processo de adaptação linguística deve desenrolar-se da seguinte maneira:

1. Primeiro deve ler com atenção as questões colocadas na página seguinte.
2. Depois deve comparar a versão síntese 2 (versão retro - traduzida) com a versão original do instrumento, e com a versão síntese 1 (versão portuguesa) (conforme Apêndice 1). Na coluna respectiva, e para cada questão, deve avaliar se as questões tal como foram traduzidas para português são equivalentes (equivalência semântica; conceptual, idiomática e experiencial) à versão original.
3. No caso de identificar questões que comprometam a equivalência de ambas as versões registre por favor os seus comentários e a solução que propõe para uma melhor formulação.

Nota: Caso se verifiquem discrepâncias entre os elementos do Comité de Peritos no processo de avaliação, o comité e os tradutores irão rever todas as traduções efectuadas de modo a obterem uma versão consensual.

INSTRUÇÕES

Para cada questão da escala POAM-P avalie se:

1. Na sua opinião, considera que as instruções de preenchimento estão rigorosamente traduzidas?
2. Na sua opinião, as questões da versão portuguesa do questionário mantêm o mesmo significado conceptual que tinham na língua original, isto é, apresentam equivalência conceptual?
3. Tendo por base a versão original, considera que na versão portuguesa a construção das perguntas mantém o mesmo significado que tinha na língua original, ou seja, que apresenta equivalência linguística (ou semântica)? *(Por exemplo, se na sua opinião as palavras tem o mesmo significado; se existem questões que podem ter múltiplos significados, ou se existem dificuldades gramaticais na tradução).*
4. No sentido de avaliar a equivalência idiomática, e uma vez que os coloquialismos são difíceis de traduzir, torna-se por vezes necessário formular expressões equivalentes na versão traduzida. Assim, deve considerar se existem alguns termos ou expressões que se encontrem mal adaptados para a população portuguesa e que por isso necessitem de nova formulação. Se sim, agradecemos que os mencionasse, na coluna de comentários e sugestões (Apêndice 1).
5. No sentido de avaliar a equivalência experiencial é necessário avaliar se as questões formuladas se adequam à realidade cultural da população portuguesa, concretamente se as tarefas ou atividades mencionadas no questionário existem na realidade portuguesa e se são atividades comuns no dia a dia das pessoas. No caso de identificar alguma situação desta natureza, agradecemos que sugerisse uma tarefa ou atividade similar comum na população portuguesa.

Apêndice 1: Avaliação do Painel de Peritos (Perito 1- Músculo-Esquelética)

INSTRUMENTO: Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)

INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL					VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua)					VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO					COMENTÁRIOS E SUGESTÕES				
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."					As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias					People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.					✓				
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities					Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as duas atividades diárias.					For each statement please select, with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.					A tradução mantém a equivalência do item. Apesar da retrotradução não seguir a mesma estrutura que a versão original, a equivalência semântica é mantida. Retirava apenas a 1ª virgula.				
Not at all	Sometimes			All the time	Nunca	Às Vezes			Nunca	Never	Sometimes			Always	✓				
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)				VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)				COMENTÁRIOS E SUGESTÕES				
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.				I stop what I am doing when my pain starts to get worse.				✓				
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.				When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.				✓				

3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.	✓
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.	I do extra activities on the days my pain is better.	✓
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts.	✓
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor	There are many activities that I avoid because they worsen my pain.	✓
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.	✓
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	When my pain starts to get worse, I know that is the moment to stop what I am doing.	✓
9	I do my activities at a slow and steady pace	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	I do my activities in a slow and steady pace	✓
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so bad that I have to stop.	✓
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.	✓
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.	✓

13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	Most of the days my pain prevent me from doing much.	✓
14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things.	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas	I advance slowly and steadily when I am doing things.	✓

(cont.)

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.	✓
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	I limit my activities to those that I know that won't be worsening my pain.	✓
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.	✓
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	Simplemente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing until I can.	✓
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.	✓
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.	I will keep doing until I cannot stand the pain anymore.	Penso que o facto de, na retrotradução, o verbo estar no futuro pode alterar o significado da frase. Sugestão: I keep doing until I cannot stand da pain anymore
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	Instead of doing an activity all at once, I do a little bit at a time.	✓
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.	✓

23	I do extra on days when my pain is less.	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	I do extra activities on days when I have less pain.	✓
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity	✓
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it anymore.	✓
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	When I do an activity, I do it all at once.	✓
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.	✓
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.	✓
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	When I do an activity, I work a little, I take a break and come back again to work.	✓
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.	✓

Comentário Geral

Por favor registre qualquer comentário relativos à generalidade do conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que o guiou à tomada de decisão.

1. Penso que as questões estão adequadamente traduzidas para a língua portuguesa. A retrotradução apresenta algumas divergências face à versão original, no entanto, penso que tal apenas se deve às diferenças existentes entre as regras linguísticas de cada língua.
2. Penso que na versão síntese 1 todas as questões mantêm a equivalência conceptual e linguística face à versão original. A equivalência idiomática foi obtida pelo ajuste de algumas palavras/expressões da versão original.
3. Por fim, também me parece que a versão síntese 1 apresenta equivalência experiencial face à versão original, pois o termo “atividade” aparece sempre numa perspectiva genérica, não comprometendo dessa forma a sua adequabilidade à população portuguesa. Pelo contrário, permitirá aos utentes poderem preencher a escala de acordo com as atividades que habitualmente realizam, o que pode constituir um aspecto positivo comparativamente a outras escalas.

Apêndice 2: Caracterização dos Elementos do Painel de Peritos

1. **Nome:** ██████████

2. **Profissão:** Fisioterapeuta/Docente Ensino Superior

3. **Formação Académica** (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

- a) Bacharelato b) Licenciatura c) Mestrado **X** d) Doutoramento

4. **Pós-graduações/ Formação especializada realizada:**

Mestrado em Fisioterapia, Especialização em Condições Neuro-Músculo- Esqueléticas

Componente curricular do curso de doutoramento em Biomecânica, com realização e aprovação no Seminário designado “Validação de Métodos e Instrumentos na Avaliação do Movimento Humano”.

5. **Local onde exerce actualmente a profissão:** Departamento de Fisioterapia ESS-IPS

6. **Número de anos de experiência profissional:** 7 anos

7. **Número de anos de experiência específica na área em estudo (condições músculo- esqueléticas):** 7 anos

8. Formações realizadas na área das condições músculo-esqueléticas

Mestrado em Fisioterapia, Especialização em Condições Neuro-Músculo- Esqueléticas.

9. Trabalhos/Apresentações realizados na área condições músculo-esqueléticas:

Apresentação da Dissertação de Mestrado em Fisioterapia, Especialização em Condições Neuro-Músculo-Esqueléticas (ESS-IPS e FCM-UNL), designada “Efeitos de um Programa de Educação e Exercício em Utentes com Dor Crónica Lombar ao nível da Incapacidade Funcional, Intensidade da Dor e Crenças de Medo-Evitamento do Movimento, em Julho de 2011.

Fernandes, R. (2010). 5 Sessões, 3 séries, 2 repetições, ou... 1 sessão, 10 séries, 3 repetições? Como Planear o Exercício? Fisiotroia2010. Escola Superior de Saúde de Setúbal. Setúbal.

Fernandes, R. (2008). Fisioterapeuta no Judo: Notas de Um Percurso. I Jornadas da FISIOGASPAR– O Fisioterapeuta no Desporto de Competição. Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Lisboa.

Fernandes, R. (2009). Síndrome Patelto-Femural: Fisiopatologia & Diagnóstico. II Jornadas da FISIOGASPAR– Lesões no Joelho do Desportista. Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Lisboa.

Cruz, E & Fernandes, R. (2006). “Intervenção da Fisioterapia em Utentes com Dor Crónica Lombar”. Fisiotroia2006. Fórum Municipal Luísa Todi. Setúbal.

Fernandes, R. (2007). Será que um programa de exercícios de controlo motor é mais efectivo que um programa generalista ou do que a terapia manual em utentes com dor crónica lombar? Centro de Prática Baseada na Evidência em Fisioterapia (Departamento de Fisioterapia ESS- IPS). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Setúbal.

Formadora no curso “Intervenção do Fisioterapeuta nas Disfunções do Complexo Articular do Ombro”, realizado em Lisboa em 19, 20 e 21 de Março de 2010

Muito Obrigado pela sua colaboração!

- Perito em Condições Músculo-esqueléticas 2

ASSUNTO: PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS PERITOS

Exma. Sr (a). Professor(a)

██████████

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo- Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objetivo é a adaptação e validação da escala “Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)” para a população portuguesa, tendo o presente estudo como orientador o Professor Eduardo Cruz.

O estudo pretende disponibilizar esta escala de 30 questões, para a população portuguesa, cujo objetivo é medir os padrões de atividade em utentes com dor crónica. Neste contexto gostaria de solicitar a sua colaboração para integrar o comité de peritos (*experts* em condições músculo- esqueléticas, no processo metodológico, ou em linguística) **seleccionados para efectuar a análise da versão traduzida para língua portuguesa quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.**

A tradução deste questionário foi solicitada e realizada, seguindo as normas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida, que até à data, compreendeu:

1. Tradução para português do instrumento original por dois indivíduos independentes, de língua materna portuguesa;
2. Construção de uma versão de consenso (por um terceiro elemento);
3. Retroversão desta última por outros dois indivíduos independentes, e bilingues;

Considerando a sua experiência e “*expertise*” nas condições músculo-esqueléticas, venho por este meio solicitar a sua colaboração na validação de conteúdo da versão portuguesa do Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P) (Apêndice 1), preenchendo para o efeito, a coluna indicada no Apêndice 1 para comentários e sugestões, e o Apêndice 2., onde lhe é solicitado uma caracterização profissional sumária. Solicito ainda, que o preenchimento seja efectuado nos espaços considerados nos referidos Apêndices. Após o respectivo preenchimento, e logo que possível, agradeço a devolução deste documento, pessoalmente ou por e-mail.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através do número 916 054 391, ou pelo seguinte e-mail: katarinavieira@hotmail.com

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver o questionário, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,
Catarina Gaspar Vieira

Endereço: Catarina Gaspar Vieira, Rua dos Vales s/nº 2480-013 Alqueidão da Serra

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E RETROVERSÃO

O papel do Comité de Peritos, ao qual pertence, é o de consolidar todas as versões da escala e desenvolver a versão pré final da versão Portuguesa do **instrumento POAM-P**, para posterior utilização no estudo piloto com profissionais de saúde e utentes com dor lombar crónica. Assim, pretende-se que reveja as traduções realizadas, e as avalie quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.

Note que a estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, etc.). Qualquer alteração deve cingir-se apenas à formulação das questões.

A avaliação do processo de adaptação linguística deve desenrolar-se da seguinte maneira:

1. Primeiro deve ler com atenção as questões colocadas na página seguinte.
2. Depois deve comparar a versão síntese 2 (versão retro - traduzida) com a versão original do instrumento, e com a versão síntese 1 (versão portuguesa) (conforme Apêndice 1). Na coluna respectiva, e para cada questão, deve avaliar se as questões tal como foram traduzidas para português são equivalentes (equivalência semântica; conceptual, idiomática e experiencial) à versão original.
3. No caso de identificar questões que comprometam a equivalência de ambas as versões registre por favor os seus comentários e a solução que propõe para uma melhor formulação.

Nota: Caso se verifiquem discrepâncias entre os elementos do Comité de Peritos no processo de avaliação, o comité e os tradutores irão rever todas as traduções efectuadas de modo a obterem uma versão consensual.

INSTRUÇÕES

Para cada questão da escala POAM-P avalie se:

1. Na sua opinião, considera que as instruções de preenchimento estão rigorosamente traduzidas?
2. Na sua opinião, as questões da versão portuguesa do questionário mantêm o mesmo significado conceptual que tinham na língua original, isto é, apresentam equivalência conceptual?
3. Tendo por base a versão original, considera que na versão portuguesa a construção das perguntas mantém o mesmo significado que tinha na língua original, ou seja, que apresenta equivalência linguística (ou semântica)? (*Por exemplo, se na sua opinião as palavras tem o mesmo significado; se existem questões que podem ter múltiplos significados, ou se existem dificuldades gramaticais na tradução*).
4. No sentido de avaliar a equivalência idiomática, e uma vez que os coloquialismos são difíceis de traduzir, torna-se por vezes necessário formular expressões equivalentes na versão traduzida. Assim, deve considerar se existem alguns termos ou expressões que se encontrem mal adaptados para a população portuguesa e que por isso necessitem de nova formulação. Se sim, agradecemos que os mencionasse, na coluna de comentários e sugestões (Apêndice 1).
5. No sentido de avaliar a equivalência experiencial é necessário avaliar se as questões formuladas se adequam à realidade cultural da população portuguesa, concretamente se as tarefas ou atividades mencionadas no questionário existem na realidade portuguesa e se são atividades comuns no dia a dia das pessoas. No caso de identificar alguma situação desta natureza, agradecemos que sugerisse uma tarefa ou atividade similar comum na população portuguesa.

Apêndice 1: Avaliação do Painel de Peritos (Perito 2- Músculo-Esquelética)

INSTRUMENTO: Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)

INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL				VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)				VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)				COMENTÁRIOS E SUGESTÕES							
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."				As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias				People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.				✓							
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities				Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.				For each statement please select, with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.				Para cada uma das afirmações abaixo, seleccione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas actividades diárias							
Not at all	Sometimes			All the time	Nunca	Às Vezes			Nunca	Never	Sometimes			Always	✓				
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	✓
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.	✓
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.	✓
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.	I do extra activities on the days my pain is better.	Trocava a ordem da afirmação "Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra"
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts.	✓
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor	There are many activities that I avoid because they worsen my pain.	✓
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.	✓ Apesar da versão de retrotradução manter a equivalência, penso que o ingles não é o mais adequado
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	When my pain starts to get worse, I know that is the moment to stop what I am doing.	✓
9	I do my activities at a slow and steady pace	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	I do my activities in a slow and steady pace	✓
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so bad that I have to stop.	✓

11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.	✓
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.	✓
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	Most of the days my pain prevent me from doing much.	✓
14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas	I advance slowly and steadily when I am doing things.	✓
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.	✓
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	I limit my activities to those that I know that won't be worsening my pain.	✓ Apesar da versão de retrotradução manter a equivalência, penso que o ingles não é o mais adequado
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.	✓
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing until I can.	✓
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.	✓
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.	I will keep doing until I cannot stand the pain anymore.	✓
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	Instead of doing an activity all at once, I do a little bit at a time.	✓

22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.	✓
23	I do extra on days when my pain is less.	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	I do extra activities on days when I have less pain.	Trocava a ordem da afirmação "Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra"
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity	✓
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it anymore.	✓
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	When I do an activity, I do it all at once.	✓
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.	Na versão portuguesa utilizava a palavra "realizar" em vez de "fazer"
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.	✓
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	When I do an activity, I work a little, I take a break and come back again to work.	Na versão de retrotradução, "while" e "little" não são a mesma coisa. Proponho a substituição de "little" por "while"
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.	✓

Comentário Geral

Por favor registre qualquer comentário relativos à generalidade do conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que o guiou à tomada de decisão.

Na minha opinião a tradução dos itens mantém a equivalência conceptual, linguística , idiomática e experiencial. Tenho apenas dúvidas nas questões 4 e 23:

4. I take on extra tasks when I am having a good pain day.

23. I do extra on days when my pain is less.

4. Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.

23. Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.

A tradução das questões é praticamente a mesma e pode sugerir repetição ou redundância da questão. Reconheço no entanto que corresponde à tradução da versão original.

Apêndice 2: Caracterização dos Elementos do Painel de Peritos

1. Nome: [REDACTED]

2. **Profissão:** Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico

3. **Formação Académica** (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

a) Bacharelato b) Licenciatura c) Mestrado d) Doutoramento **X**

4. **Pós-graduações/ Formação especializada realizada:**

- Doutoramento na área das Condições músculo-esqueléticas, e em particular da dor lombar.

5. **Local onde exerce actualmente a profissão:** Departamento de Fisioterapia ESS-IPS

6. **Número de anos de experiência profissional:** 26 anos

7. **Número de anos de experiência específica na área em estudo (condições músculo-esqueléticas):** 26 anos

8. **Formações realizadas na área das condições músculo-esqueléticas;**

- Diversos Cursos de Curta duração em Métodos de intervenção específicos para as condições músculo-esqueléticas.

9. **Trabalhos/Apresentações realizados na área condições músculo-esqueléticas:**

- Diversos publicações e apresentações na área das condições músculo-esqueléticas (ver por exemplo, EssFisiOnline ou IFisiOnline).

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice XI

Versão Síntese da análise do Comité de Peritos

Apêndice 1: Síntese da Avaliação do Painel de Peritos

INSTRUMENTO: Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P)

INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL					VERSÃO CONSENS 1 (Tradução para a língua portuguesa)					VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)					COMENTÁRIOS E SUGESTÕES				
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."					As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias					People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.					Comentário Perito em Língua Portuguesa - Ok. Deve corrigir-se e acrescentar ponto final no fim da frase.				
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities					Para cada uma das afirmações, seleccione com um círculo, entre 0 e 4, aquela que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.					For each statement please select, with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.					Comentário Perito em Língua Portuguesa - Ok. Deve corrigir-se a grafia: "suas" em vez de "duas". Comentário Perito em Inglês - A tradução mantém a equivalência do item. Apesar da retrotradução não seguir a mesma estrutura que a versão original, a equivalência semântica é mantida. Retirava apenas a 1ª virgula. Comentário Perito em Inglês - "Para cada uma das afirmações abaixo, seleccione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias"				
Not at all	Sometimes		All the time		Nunca		Às Vezes		Nunca	Never	Sometimes		Always		✓				
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	✓
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.	✓
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	Alterno períodos de trabalho com períodos de descanso quando estou a fazer uma atividade.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.	Comentário Perito em Linguística- Por uma questão de paralelismo com as afirmações anteriores, sugere-se que a oração "Quando estou a fazer uma actividade" venha no início.
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	Faço atividades extra nos dias em que a dor está melhor.	I do extra activities on the days my pain is better.	Comentário Perito em Músculo-Esqueléticas 2- Trocava a ordem da afirmação- "Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra"
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts.	✓
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor	There are many activities that I avoid because they worsen my pain.	Comentário Perito em Linguística- Deve corrigir-se e acrescentar ponto final no fim da frase.
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.	Comentário Perito em Músculo-Esqueléticas 2- Apesar da versão de retrotradução manter a equivalência, penso que o ingles não é o mais adequado
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	When my pain starts to get worse, I know that is the moment to stop what I am doing.	✓
9	I do my activities at a slow and steady pace	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	I do my activities in a slow and steady pace	✓
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	Continuo a fazer as atividades que estiver a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho que interromper.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so bad that I have to stop.	Comentário Perito em Linguística- Sugere-se alterar para: "Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper."

11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	Quando faço uma atividade, interrompo passado um tempo e volto a continuar mais tarde.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se alterar para: “Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.”
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	Most of the days my pain prevent me from doing much.	✓
14	I go slower and work at a steady pace when I’m doing things	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas	I advance slowly and steadily when I am doing things.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Deve corrigir-se e acrescentar ponto final no fim da frase.
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.	✓
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	I limit my activities to those that I know that won’t be worsening my pain.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”. Comentário Perito em Fisiologia 2- Apesar da versão de retrotradução manter a equivalência, penso que o inglês não é o mais adequado
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.	✓
18	I just ignore my pain and keep doing what I’m doing as long as I can.	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing until I can.	✓
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.	✓

20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	Eu vou continuando a fazer até não aguentar mais a dor.	I will keep doing until I cannot stand the pain anymore.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se alterar para: “ Eu vou continuando a fazer as minhas atividades/ o que tenho de fazer até não aguentar mais a dor.” Comentário Perito em Inglês- Esqueléticas 1- Penso que o facto de, na retrotradução, o verbo estar no futuro pode alterar o significado da frase. Sugestão: I keep doing until I cannot stand da pain anymore
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	Instead of doing an activity all at once, I do a little bit at a time.	✓
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.
23	I do extra on days when my pain is less.	Faço atividades extra nos dias em que tenho menos dor.	I do extra activities on days when I have less pain.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se alterar para “... nos dias em que sinto/tenho menos dores.” Comentário Perito em Inglês- Esqueléticas 2- Trocava a ordem da afirmação- “Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra”
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity	✓
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it anymore.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	When I do an activity, I do it all at once.	✓
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Em vez de fazer a atividade completa, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se alterar para: “Em vez de fazer a atividade toda de uma vez...” Comentário Perito em Inglês- Esqueléticas 2- Na versão portuguesa utilizava a palavra “realizar” em vez de “fazer”

28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.	Comentário Perito em Língua Portuguesa- Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	When I do an activity, I work a little, I take a break and come back again to work.	Comentário Perito em Músculo-Esqueléticas 2- Na versão de retrotradução, “while” e “little” não são a mesma coisa. Proponho a substituição de “little” por “while”
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.	✓

Aspetos a rever para a versão pré-final da POAM-P-VP

INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL				VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)				ASPECTOS A REVER			
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."				People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.							
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities				For each statement please select with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.				Comentário Perito em Músculo-Esqueléticas 1- A tradução mantém a equivalência do item. Apesar da retrotradução não seguir a mesma estrutura que a versão original, a equivalência semântica é mantida. Retirava apenas a 1ª vírgula. -Aceita-se a sugestão			
Not at all	Sometimes			All the time	Never	Sometimes			Always		
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		

QUESTIONÁRIO

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a		ASPECTOS A REVER	
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.			
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	When I am performing an activity, I do not stop until I have			
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.			
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	I do extra activities on the days my pain is better.			
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts.			
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	There are many activities that I avoid because they worsen my pain.			
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.	Comentário Perito em Músculo-Esqueléticas 2- Apesar da versão de retrotradução manter a equivalência, penso que o inglês não é o mais adequado- Mantêm-se a versão da retroversão .		
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	When my pain starts to get worse, I know that is the moment to stop what I am doing.			

9	I do my activities at a slow and steady pace	I do my activities in a slow and steady pace	
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so	
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	I avoid doing activities that I know that will be worsening my pain.	Comentário Perito em Linguística- Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.- Aceita-se a sugestão: I avoid doing activities that I know will make my pain worse
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.	
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	Most of the days my pain prevent me from doing much.	
14	I go slower and work at a steady pace when I’m doing things	I advance slowly and steadily when I am doing things.	
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is	
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	I limit my activities to those that I know that won’t be worsening my pain.	Comentário Perito em Linguística- Sugere-se uniformizar a tradução de “make (my) pain worse” para ou “agravar a (minha) dor” ou “piorar a (minha) dor”.- Aceita-se a sugestão “I limit my activities to those that I know that won’t be make my pain worse Comentário Perito em Músculo-Esqueléticas 2- Apesar da versão de retrotradução manter a equivalência, penso que o ingles não é o mais adequado- Mantêm-se a versão da retroversão.
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.	
18	I just ignore my pain and keep doing what I’m doing as long as I can.	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing until I can.	
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.	
20	I keep going until I can’t stand the pain anymore.	I will keep doing until I cannot stand the pain anymore.	Comentário Perito em Músculo- Esqueléticas 1- Penso que o facto de, na retrotradução, o verbo estar no futuro pode alterar o significado da frase. Sugestão: I keep doing until I cannot stand the pain anymore. Aceita-se a sugestão
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Instead of doing an activity all at once, I do a little bit at a time.	

22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.	Comentário Perito em Língua Portuguesa - Sugere-se uniformizar a tradução de "make (my) pain worse" para ou "agravar a (minha) dor" ou "piorar a (minha) dor". Mantêm-se a versão da retroversão
23	I do extra on days when my pain is less.	I do extra activities on days when I have less pain.	
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity	
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	If I know that something will aggravate my pain, I do not do it anymore.	Comentário Perito em Língua Portuguesa - Sugere-se uniformizar a tradução de "make (my) pain worse" para ou "agravar a (minha) dor" ou "piorar a (minha) dor". Aceita-se a sugestão "If I know that something will make my pain worse, I
26	When I do an activity I do the whole thing all at	When I do an activity, I do it all at once.	
27	Instead of doing the whole activity I divide it	Instead of doing the complete activity, I	
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	I have reduced my activities by not doing those that worsen my pain.	Comentário Perito em Língua Portuguesa - Sugere-se uniformizar a tradução de "make (my) pain worse" para ou "agravar a (minha) dor" ou "piorar a (minha) dor". Aceita-se a sugestão: "I have reduced my activities by not doing those that make my pain worse."
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	When I do an activity, I work a little, I take a break and come back again to work.	Comentário Perito em Inglês - Esqueléticas 2- Na versão de retrotradução, "while" e "little" não são a mesma coisa. Proponho a substituição de "little" por "while" Aceita-se a sugestão "When I do an activity, I work a while, I take a break and come back again to work."
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.	

Comentário Geral

Por favor registre qualquer comentário relativos à generalidade do conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que o guiou à tomada de decisão.

Comentário Perito em Língua Portuguesa

No geral, considera-se haver equivalência conceptual, linguística (semântica), idiomática e experiencial. No entanto, considera-se, por fidelidade à versão original, que se deve traduzir "make the pain worse" sempre pela mesma expressão em português e não com a diversidade existente: "piorar a dor" e "agravar a dor".

Apêndice XII

Versão de Retroversão obtida do consenso do Comité de Peritos

PATTERNS OF ACTIVITY MEASURE-PAIN (POAM-P)

INSTRUCTIONS

ORIGINAL VERSION					BACK TRANSLATION				
"People who have pain use different ways to do their daily activities. Think about how you usually do your daily activities."					People who have pain use different ways of performing daily activities. Think about the way you usually perform your daily activities.				
For each of the statements below, circle the number between 0 and 4 that best describes how you usually do your daily activities					For each statement please select with a circle, between 0 and 4, the one that best describes the way you usually perform your daily activities.				
Not at all	Sometimes			All the time	Never	Sometimes			Always
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ITEMS

ORIGINAL VERSION		BACK TRANSLATION
1	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.	I stop what I am doing when my pain starts to get worse.
2	When I'm doing an activity I don't stop until it is finished.	When I am performing an activity, I do not stop until I have finished it.
3	I go back and forth between working and taking breaks when doing an activity.	I alternate work with rest periods when I am performing an activity.
4	I take on extra tasks when I am having a good pain day.	I do extra activities on the days my pain is better.
5	When I start an activity I think about how to split it into smaller parts.	When I start an activity I think about how I can break it down into smaller parts.
6	There are many activities that I avoid because they flare up my pain.	There are many activities that I avoid because they worsen my pain.
7	I make the most of my good pain days by doing more things.	I make the most of days when I have less pain, doing more things.
8	When my pain starts to get worse I know it's time to stop what I am doing.	When my pain starts to get worse, I know that is the moment to stop what I am doing.
9	I do my activities at a slow and steady pace	I do my activities in a slow and steady pace
10	I keep doing what I am doing until my pain is so bad that I have to stop.	I continue doing the activities that I am doing until my pain becomes so bad that I have to stop.
11	I avoid activities that I know will make my pain worse.	I avoid doing activities that I know will make my pain worse
12	When I do an activity I stop after a while and then come back later to do more.	When I do an activity, I interrupt it after a while and I start it again later.

(cont.)

	ORIGINAL VERSION	BACK TRANSLATION
13	Most days my pain keeps me from doing much at all.	Most of the days my pain prevent me from doing much.
14	I go slower and work at a steady pace when I'm doing things	I advance slowly and steadily when I am doing things.
15	Once I start an activity I keep going until it is done.	When I begin an activity, I keep on doing it until it is finished.
16	I limit my activities to the ones that I know will not make my pain worse.	I limit my activities to those that I know that won't be make my pain worse
17	When I do an activity I break it into small parts and do one part at a time.	When I do an activity, I split it in small parts and I do each one at a time.
18	I just ignore my pain and keep doing what I'm doing as long as I can.	I simply ignore my pain and continue to do what I am doing until I can.
19	Because of my pain most days I spend more time resting than doing activities.	Due to my pain most of the days I spend more time resting than doing activities.
20	I keep going until I can't stand the pain anymore.	I keep doing until I cannot stand the pain anymore.
21	Instead of doing an activity all at once I do a little bit at a time.	Instead of doing an activity all at once, I do a little bit at a time.
22	I don't start an activity if I know it will make my pain worse.	I do not start an activity if I know that it will make my pain worse.
23	I do extra on days when my pain is less.	I do extra activities on days when I have less pain.
24	I remember to stop and take breaks when I'm doing an activity.	I remember to stop and take breaks when I am doing an activity
25	If I know that something will make my pain worse I don't do it anymore.	If I know that something will make my pain worse, I do not do it anymore.
26	When I do an activity I do the whole thing all at once.	When I do an activity, I do it all at once.
27	Instead of doing the whole activity I divide it into small parts and do one part at a time.	Instead of doing the complete activity, I divide it into small parts and do one at a time.
28	I've cut back my activities by not doing the ones that make my pain worse.	I have reduced my activities by not doing those that make my pain worse.
29	When I do an activity I work for a while, take a break, and then go back to work again.	When I do an activity, I work a while, I take a break and come back again to work.
30	Some days I do a lot, other days I don't do much.	There are days that I do a lot, whereas in others I don't.

Apêndice XIII

Parecer do autor original principal da POAM-P acerca da versão retrotraduzida

Catarina Vieira



Cane, Douglas (Douglas.Cane@cdha.nshealth.ca) 17/11/2011

Para: katarinavieira@hotmail.com

Ações

Hi Catarina. Sorry for the delay in replying. The translation of the measure looks excellent. The only item that seems to have changed conceptually is item 18. The back translation for this item seems to have lost the idea of continuing the activity for as long as you can. Otherwise it looks good. Good luck with the measure.

Doug Cane

Apêndice XIV

Versão Portuguesa pré-final da Escala POAM-P

VERSÃO PRÉ-FINAL (após reunião de consenso e conversão ao novo acordo ortográfico)

INSTRUMENTO: Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P) – Padrão de Atividade Relacionados com a Dor

INSTRUÇÕES

VERSÃO PRÉ-FINAL				
As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias.				
Para cada uma das afirmações abaixo, selecione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias				
Nunca	Às Vezes			Sempre
0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.
3	Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.
4	Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.
6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.
9	Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.
10	Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.
12	Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.
18	Simplemente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.
20	Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.

21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.
22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.
23	Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.
25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.
27	Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.

Apêndice XV

Pedido de autorização a serviços de fisioterapia para recolha de dados para o estudo piloto

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

Exmo. Sr. Director-Geral, [REDACTED]

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia Ramo Condições Músculo-Esqueléticas leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo tema é: Contributo para a Validação do Patterns of Activity Measure– Pain (POAM-P). Como objetivos principais, pretendemos adaptar culturalmente o instrumento e avaliar a sua fiabilidade, erro de medida e validade de constructo. O presente estudo tem como orientador o Professor Eduardo Cruz.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização para a recolha de dados dos utentes com dor crónica lombar que vão realizar tratamentos de Fisioterapia. A recolha de dados compreende a aplicação dos seguintes questionários:

- Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica
- Patterns of Activity Measure – Pain - Versão Portuguesa

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

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Vieira

Apêndice XVI

Pedido de colaboração a colegas para obtenção da amostra para o estudo piloto

PEDIDO DE COLABORAÇÃO NA RECOLHA DE DADOS

Caro(a) Colega

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo-Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha tese de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objetivo é contribuir para a validação do instrumento Patterns of Activity Measure Pain (POAM-P) para a população portuguesa com dor crónica lombar, tendo o presente estudo como orientador o Professor Eduardo Cruz.

O POAM-P é um instrumento em forma de questionário de autopreenchimento, constituído por 30 itens, relativos à forma como os utentes com dor crónica realizam habitualmente as suas atividades regulares da vida diária. Foi criado por Cane et al (2007), cit. por Kindermans et al (2011). O objetivo deste instrumento é medir padrões de atividade em utentes com dor crónica, os quais, de acordo com a evidência actual, parecem ter um papel importante no desenvolvimento e perpetuação da dor crónica.

Para que este questionário possa ser utilizado na população portuguesa (população para a qual não foi concebido ou estudado), é necessário que haja uma adaptação/ avaliação das suas propriedades psicométricas, de forma a verificar que estas se mantêm, possibilitando assim, a sua utilização por parte dos diversos profissionais de saúde portugueses.

Neste contexto gostaria de solicitar a sua colaboração para distribuir e recolher 2 questionários:

- Questionário de caracterização dos participantes no estudo;
- Patterns of Activity Measure Pain (POAM-P), instrumento que pretendemos adaptar e validar.

Estes questionários devem ser distribuídos **apenas** aos utentes que se enquadrem nos seguintes critérios de selecção:

- Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores, com duração de pelo menos três meses (Kendall et al., 1997), sem causa específica conhecida, nomeadamente doença neoplásica, infecciosa e/ou inflamatória, osteoporose, fractura, osteoporose, deformidade estrutural, síndrome da cauda equina e radicular (Waddell, 1987);
- Idade compreendida entre os 18 e os 65 anos. A população idosa não é incluída pelo facto das alterações funcionais e biológicas associadas ao processo de envelhecimento poderem estar de alguma forma associadas à dor lombar dos participantes;
- Ausência de sintomas de compressão radicular, cauda equina, doença sistémica e/ou infecciosa, dor de origem visceral/ maligna ou fractura/risco de fractura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006c);
- Ausência de realização de cirurgia lombar nos 12 meses prévios;
- Mulheres que não se encontrem numa situação de gravidez. A dor lombar durante a gravidez é comum, tendo sido demonstrado que as mulheres grávidas experienciam algum tipo de dor lombar durante o período de gestação, no entanto, os factores etiológicos apontados são divergentes dos factores associados à DCL de origem não específica (Garshasbi & Faghieh Zadeh, 2005).

- Saber ler e escrever.

Considerando que a realização deste estudo só será possível com a sua participação, agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através do número 916 054 391 ou pelo seguinte e-mail: katarinavieira@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos

Catarina Vieira

Apêndice XVII

Critérios de inclusão e exclusão para os participantes no estudo piloto

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 radicular¹⁸, 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. espondilíte 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**:

(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 há mais de 3 meses, sem causa específica ou presença de recorrências de dor lombar por um período de seis meses, ou presença de dor em menos de metade dos dias num período de 12 meses, ocorrendo múltiplos episódios no decorrer desse período	<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 está grávida (Mulheres)	<input type="checkbox"/>

¹⁸ 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., 2011). 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., 2011).

Apêndice XVIII

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica – Dor lombar crónica para os participantes no estudo piloto¹⁹

Nome da Instituição: _____

Nº de Processo ou Código Atribuído ao Utente (a colocar pelo investigador)- _____

Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

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

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

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

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

5. Qual a sua Atividade profissional/ Profissão? _____

6. Qual a sua situação profissional actual? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar a tempo inteiro A trabalhar a tempo parcial Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Reformada (o) Doméstica (o)

DADOS CLÍNICOS

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

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

8. A sua dor prolonga-se para a perna? Sim Não

¹⁹ Adaptado do Questionário de Caracterização Sócio - Demográfica e Clínica - Autores: Caeiro, C., Cruz, E. e Fernandes R. (outubro 2011).

Apêndice XIX

Dossier entregue aos utentes para participação no estudo piloto

Assunto: Convite à participação no estudo piloto

Caro Utente,

O meu nome é Catarina Vieira, sou fisioterapeuta e encontro-me a finalizar a minha dissertação do Mestrado em Fisioterapia: Ramo Condições Músculo-Esqueléticas, ministrado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, a qual aborda a temática dos padrões de atividade em pessoas com dor crónica lombar.

Neste momento estou a desenvolver o estudo piloto para concretizar o processo de adaptação transcultural do instrumento “Patterns of Activity Measure – Pain” (POAM-P), em português, “Padrões de Atividade – Dor”, que é parte integrante da dissertação do Mestrado. Este instrumento inclui 30 questões acerca de padrões de atividade em utentes com dor crónica, os quais, de acordo com a evidência actual, parecem ter um papel importante no desenvolvimento e manutenção da dor ao longo do tempo.

Dada a importância da sua participação para o desenvolvimento deste instrumento de avaliação, o qual poderá contribuir no futuro para melhor adequar as estratégias de intervenção para pessoas com dor crónica lombar, venho por este meio convidá-lo(a) a participar no estudo piloto, através do preenchimento dos questionários em anexo (ver folha de instruções), bem como do relatório da participação neste estudo.

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

Muito Obrigada

Catarina Gaspar Vieira

Endereço:

Catarina Gaspar Vieira

Rua dos Vales s/nº

2480-013 Alqueidão da Serra

APÊNDICE 1- INSTRUÇÕES PARA O TESTE DE COMPREENSÃO ²⁰

O teste de compreensão pretende avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação das palavras utilizadas.

De uma maneira mais específica o objetivo é:

1. Identificar perguntas problemáticas;
2. Determinar as razões subjacentes;
3. Registrar as soluções propostas para uma melhor formulação.

A estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, etc.). Qualquer alteração deve cingir-se apenas à formulação das frases.

A avaliação do instrumento deve processar-se da seguinte maneira:

1. **Preencher o POAM-P**, lembrando que o importante é a forma como as perguntas estão formuladas.
2. Preencher o Questionário **aos Participantes no estudo piloto** destinado à Opinião Geral sobre o Instrumento POAM-P, onde deve dar as suas opiniões gerais sobre o questionário respondendo às questões colocadas.
3. Preencher o espaço destinado às **Perguntas específicas** sobre o Instrumento POAM-P(caso se justifique): Percorra todo o questionário, **pergunta a pergunta** e verifique se:
 - a. A pergunta é difícil de compreender ou de responder: Se sim, porquê?
 - b. O conceito subjacente está correctamente interpretado, isto é, não existe formulação ambígua que possa causar mais do que uma interpretação possível; a linguagem usada é facilmente compreensível e coloquial.
 - c. A pessoa faria a pergunta de uma outra maneira.
 - d. As opções de resposta são claras e coerentes com a pergunta.

²⁰ Adaptado do Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra

Versão Portuguesa do “Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)”

INSTRUÇÕES

As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias.

Para cada uma das afirmações abaixo, selecione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.

		Nunca	Às vezes			Sempre
		0	1	2	3	4
1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	0	1	2	3	4
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	0	1	2	3	4
3	Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.	0	1	2	3	4
4	Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.	0	1	2	3	4
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	0	1	2	3	4
6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	0	1	2	3	4
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	0	1	2	3	4
9	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	0	1	2	3	4
10	Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.	0	1	2	3	4
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
12	Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.	0	1	2	3	4
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	0	1	2	3	4
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	0	1	2	3	4
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	0	1	2	3	4
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	0	1	2	3	4
18	Simplemente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir	0	1	2	3	4
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	0	1	2	3	4

20	Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.	0	1	2	3	4
21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	0	1	2	3	4
22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
23	Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor	0	1	2	3	4
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	0	1	2	3	4
25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	0	1	2	3	4
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	0	1	2	3	4
27	Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	0	1	2	3	4
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	0	1	2	3	4
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	0	1	2	3	4

Questionário aos Participantes no estudo piloto

A. OPINIÃO GERAL SOBRE O QUESTIONÁRIO

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE CADA QUESTÃO. E ASSINALE A OPÇÃO QUE CONSIDERA ADEQUADA COM UM X.

1. Considera que as instruções são claras?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
2. Antecipa que poderão existir dificuldades na compreensão das instruções?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
3. Acha que falta referir algum aspecto nas instruções?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
4. Na sua opinião, os termos e palavras utilizadas no questionário que preencheu são fáceis de compreender (por parte de profissionais de saúde ou utentes)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			

5. Considera alguma questão pouco clara ou ambígua?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			
6. Teve alguma dificuldade em escolher uma opção de resposta devido à estrutura do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
7. Teve alguma dificuldade de leitura, nomeadamente devido ao tamanho/tipo de letra utilizado ou estrutura/ formato do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
8. Considera o formato do questionário claro e sugestivo?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões e sugestões.				
9. Opôs-se a responder a alguma questão?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
10. Quer acrescentar algum comentário ou sugestão a este instrumento (POAM-P)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para escrever o seu comentário.				

B. QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE A VERSÃO PORTUGUESA DA POAM-P

Caso pretenda especificar algum problema de uma questão em concreto faça-o de acordo com as questões colocadas na grelha abaixo:

Afirmação/ Questão do Instrumento	Refira o nº da Afirmação/ Questão
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

Apêndice XX

Dossier entregue aos peritos na área da Dor Musculo-Esquelética Crónica para participação no estudo piloto

ASSUNTO: PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS PERITOS

Exmo Sr. Doutor:

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo-Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objetivo é a adaptação e validação da escala “Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)” para a população portuguesa, tendo o presente estudo como orientador o Professor Eduardo Cruz.

O estudo pretende disponibilizar esta escala de 30 questões, para a população portuguesa, cujo objetivo é medir os padrões de atividade em utentes com dor crónica. Neste contexto gostaria de solicitar a sua colaboração para integrar o comité de peritos (*experts* em condições músculo-esqueléticas e, em particular, condições de dor lombar crónica) seleccionados para efectuar a análise da validade de conteúdo da versão portuguesa da escala (método que inclui a utilização de juízos de painéis de pessoas comuns e de peritos sobre a clareza, a inclusão de todos os conceitos relevantes, a redundância de itens e clareza da forma de preenchimento do instrumento).

A tradução deste questionário foi solicitada e realizada, seguindo as normas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida (Beaton e tal. 2001; Mapi Institute, 2004), que compreende:

1. Tradução para português do instrumento original por dois indivíduos independentes, de língua materna portuguesa;
2. Construção de uma versão de consenso (por um terceiro elemento);
3. Retroversão desta última por outros dois indivíduos independentes, de língua materna inglesa;
4. Construção de uma versão de consenso (por um Comité de Peritos e tradutores).

Todo o processo será ainda complementado com um segundo contacto com o autor da versão original da escala, sendo enviada a retroversão de consenso e solicitadas sugestões, as quais serão posteriormente consideradas.

Considerando a sua experiência e “*expertise*” nesta área, venho por este meio solicitar a sua colaboração na validação de conteúdo da versão portuguesa do Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P), preenchendo para o efeito, o Apêndice 1., que contém o instrumento em processo de adaptação (POAM-P) e o questionário aos participantes no estudo piloto, e depois, o Apêndice 2., onde lhe é solicitado uma caracterização profissional sumária. Solicito ainda que o preenchimento seja efectuado nos espaços considerados nos referidos Apêndices. Após o seu preenchimento e logo que seja possível, agradeço a devolução deste documento, pessoalmente ou por e-mail.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através do número 916 054 391, ou pelo seguinte e-mail: katarinavieira@hotmail.com

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver o questionário agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,
Catarina Gaspar Vieira

Endereço:

Catarina Gaspar Vieira, Rua dos Vales s/nº, 2480-013 Alqueidão da Serra

APÊNDICE 1- INSTRUÇÕES PARA O TESTE DE COMPREENSÃO ²¹

O teste de compreensão pretende avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação das palavras utilizadas.

De uma maneira mais específica o objetivo é:

4. Identificar perguntas problemáticas;
5. Determinar as razões subjacentes;
6. Registrar as soluções propostas para uma melhor formulação.

A estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, etc.). Qualquer alteração deve cingir-se apenas à formulação das frases.

A avaliação do instrumento deve processar-se da seguinte maneira:

1. **Preencher o POAM-P**, lembrando que o importante é a forma como as perguntas estão formuladas.
2. Preencher o Questionário **aos Participantes no estudo piloto** destinado à Opinião Geral sobre o Instrumento POAM-P, onde deve dar as suas opiniões gerais sobre o questionário respondendo às questões colocadas.
3. Preencher o espaço destinado às **Perguntas específicas** sobre o Instrumento POAM-P(caso se justifique): Percorra todo o questionário, **pergunta a pergunta** e verifique se:
 - e. A pergunta é difícil de compreender ou de responder: Se sim, porquê?
 - f. O conceito subjacente está correctamente interpretado, isto é, não existe formulação ambígua que possa causar mais do que uma interpretação possível; a linguagem usada é facilmente compreensível e coloquial.
 - g. A pessoa faria a pergunta de uma outra maneira.
 - h. As opções de resposta são claras e coerentes com a pergunta.

²¹ Adaptado do Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra)

Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)

INSTRUÇÕES

As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias. Para cada uma das afirmações abaixo, selecione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.

		Nunca	Às vezes			Sempre
1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	0	1	2	3	4
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	0	1	2	3	4
3	Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.	0	1	2	3	4
4	Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.	0	1	2	3	4
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	0	1	2	3	4
6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	0	1	2	3	4
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	0	1	2	3	4
9	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	0	1	2	3	4
10	Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.	0	1	2	3	4
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
12	Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.	0	1	2	3	4
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	0	1	2	3	4
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	0	1	2	3	4
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	0	1	2	3	4
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	0	1	2	3	4
18	Simplemente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, enquanto conseguir	0	1	2	3	4
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	0	1	2	3	4

20	Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.	0	1	2	3	4
21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	0	1	2	3	4
22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
23	Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor	0	1	2	3	4
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	0	1	2	3	4
25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	0	1	2	3	4
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	0	1	2	3	4
27	Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	0	1	2	3	4
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	0	1	2	3	4
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	0	1	2	3	4

Questionário aos Participantes no estudo piloto

A. OPINIÃO GERAL SOBRE O QUESTIONÁRIO

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE CADA QUESTÃO. E ASSINALE A OPÇÃO QUE CONSIDERA ADEQUADA COM UM X.

1. Considera que as instruções são claras?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
2. Antecipa que poderão existir dificuldades na compreensão das instruções?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
3. Acha que falta referir algum aspecto nas instruções?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
4. Na sua opinião, os termos e palavras utilizadas no questionário que preencheu são fáceis de compreender (por parte de profissionais de saúde ou utentes)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			

5. Considera alguma questão pouco clara ou ambígua?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			
6. Teve alguma dificuldade em escolher uma opção de resposta devido à estrutura do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
7. Teve alguma dificuldade de leitura, nomeadamente devido ao tamanho/tipo de letra utilizado ou estrutura/ formato do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
8. Considera o formato do questionário claro e sugestivo?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões e sugestões.				
9. Opôs-se a responder a alguma questão?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
10. Quer acrescentar algum comentário ou sugestão a este instrumento (POAM-P)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para escrever o seu comentário.				

B. QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE A VERSÃO PORTUGUESA DA POAM-P

Caso pretenda especificar algum problema de uma questão em concreto faça-o de acordo com as questões colocadas na grelha abaixo:

Afirmação/ Questão do Instrumento	Refira o nº da Afirmação/ Questão
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

APÊNDICE 2: CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PAINEL DE REVISORES – PERITOS NA ÁREA

1. Nome:

2. Profissão:

3. Formação Académica (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

- a) Bacharelato b) Licenciatura c) Mestrado d) Doutoramento

4. Pós-graduações/ Formação especializada realizada:

5. Local onde exerce actualmente a profissão:

6. Número de anos de experiência profissional:

7. Número de anos de experiência específica na área em estudo (condições músculo-esqueléticas):

8. Formações realizadas na área das condições músculo-esqueléticas

9. Trabalhos/Apresentações realizados na área condições músculo-esqueléticas:

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice XXI

Respostas obtidas pelos peritos clínicos no Estudo Piloto

Perito clínico 1

Questionário aos Participantes no estudo piloto

A. OPINIÃO GERAL SOBRE O QUESTIONÁRIO

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE CADA QUESTÃO. E ASSINALE A OPÇÃO QUE CONSIDERA ADEQUADA COM UM X.

1. Considera que as instruções são claras?	Sim	x	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
2. Antecipa que poderão existir dificuldades na compreensão das instruções?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	x
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
3. Acha que falta referir algum aspecto nas instruções?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	x
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
4. Na sua opinião, os termos e palavras utilizadas no questionário que preencheu são fáceis de compreender (por parte de profissionais de saúde ou utentes)?	Sim	x	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			
5. Considera alguma questão pouco clara ou ambígua?	Sim	x	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			
Questão nº 2 é uma negativa pelo que as respostas nunca (0) e sempre (4) pode ser pouco clara	Termino-a, sem a interromper.			
6. Teve alguma dificuldade em escolher uma opção de resposta devido à estrutura do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	x
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
7. Teve alguma dificuldade de leitura, nomeadamente devido ao tamanho/tipo de letra utilizado ou estrutura/ formato do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	x
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				

8. Considera o formato do questionário claro e sugestivo?	Sim	x	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões e sugestões.				
9. Opôs-se a responder a alguma questão?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	x
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
10. Quer acrescentar algum comentário ou sugestão a este instrumento (POAM-P)?	Sim	X	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para escrever o seu comentário.				
<p>Parece-me um questionário bem elaborado , nomeadamente pela forma como as questões estão colocadas, no sentido de as repetir/confirmar, formulando-as de outra maneira.</p>				

B. QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE A VERSÃO PORTUGUESA DA POAM-P

Caso pretenda especificar algum problema de uma questão em concreto faça-o de acordo com as questões colocadas na grelha abaixo:

Afirmação/ Questão do Instrumento	<i>Refira o nº da Afirmação/ Questão</i>
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

Afirmação/ Questão do Instrumento	<i>Refira o nº da Afirmação/ Questão</i>
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

APÊNDICE 2: CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PAINEL DE REVISORES – PERITOS NA ÁREA

1. Nome: [REDACTED]

2. **Profissão:** Fisioterapeuta e Professor Adjunto

3. **Formação Académica** (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

a) Bacharelato b) Licenciatura c) Mestrado X d) Doutoramento

4. **Pós-graduações/ Formação especializada realizada:**

Maitland ; Cyriax; Mulligan; Estabilidade Dinâmica, etc

5. **Local onde exerce actualmente a profissão:** ESS- IPS e Bacarfi, Cuidados de Saúde ,Lda

6. **Número de anos de experiência profissional:** 32 anos

7. **Número de anos de experiência específica na área em estudo (condições músculo-esqueléticas):** 30 anos

8. **Formações realizadas na área das condições músculo-esqueléticas _**

Maitland ; Cyriax; Mulligan; Estabilidade Dinâmica, etc

9. **Trabalhos/Apresentações realizados na área condições músculo-esqueléticas:**

“Performance do Transverso do Abdómen, Recurso à Ecografia como Informação de Retorno Extrínseca”

“Aspectos relevantes na História e exame Clínico de utentes com DCAO”

“A efectividade da Terapia Manual nas Cefaleias Cervicogénicas”

“Avaliação de Protocolo Intervenção em Fisioterapia nas Ligamentoplastias do Cruzado Anterior”

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Perito Clínico II

Questionário aos Participantes no estudo piloto

A. OPINIÃO GERAL SOBRE O QUESTIONÁRIO POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE CADA QUESTÃO. E ASSINALE A OPÇÃO QUE CONSIDERA ADEQUADA COM UM X.

1. Considera que as instruções são claras?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi não, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
2. Antecipa que poderão existir dificuldades na compreensão das instruções?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input checked="" type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi sim, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
3. Acha que falta referir algum aspecto nas instruções?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi sim, utilize este espaço para indicar as suas razões. Limitar a avaliação a um período de tempo específico (uma semana, um mês, por exemplo) e acrescentar, no final: "(...) como habitualmente realiza as suas atividades diárias, <u>quando tem dor</u> ".				
4. Na sua opinião, os termos e palavras utilizadas no questionário que preencheu são fáceis de compreender (por parte de profissionais de saúde ou utentes)?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi não, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			
5. Considera alguma questão pouco clara ou ambígua?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi sim, indique qual(ais) as palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra palavra para a(s) substituir:				
Palavra do questionário	Palavra que substitui			
Pergunta 12 não é redundante com as 17, 21, 27 e 29?				
6. Teve alguma dificuldade em escolher uma opção de resposta devido à estrutura do questionário?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi sim, utilize este espaço para indicar as suas razões. Será melhor, em vez de "às vezes" 1 a 3, dividir em muitas vezes- 3, às vezes – 2 e poucas vezes – 1?				
7. Teve alguma dificuldade de leitura, nomeadamente devido ao tamanho/tipo de letra utilizado ou estrutura/ formato do questionário?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input checked="" type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi sim, utilize este espaço para indicar as suas razões.				

8. Considera o formato do questionário claro e sugestivo?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>não</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões e sugestões.				
9. Opôs-se a responder a alguma questão?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input checked="" type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para indicar as suas razões.				
10. Quer acrescentar algum comentário ou sugestão a este instrumento (POAM-P)?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Se a sua resposta foi <u>sim</u>, utilize este espaço para escrever o seu comentário.				
<p>1. A avaliação da dor em termos de “piorar”, engloba várias questões diferentes: a intensidade, o tipo, as características específicas... se o que queremos avaliar é realmente o aumento da intensidade da dor com a realização de atividades, penso ser mais correcto, em todas as perguntas em que se diz “começa a piorar”, “pioram a dor”, substituir por “começa a aumentar”, “aumentam a dor”. O mesmo para “melhor” - menos intensa.</p> <p>2. “Atividades diárias” é um termo demasiado vasto, mas penso que para o que se pretende saber, talvez seja o melhor termo, em vez de limitar certo tipo de atividade (o que iria ser mais específico, mas ser desajustado para alguns doentes).</p>				

B. QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE A VERSÃO PORTUGUESA DA POAM-P

Caso pretenda especificar algum problema de uma questão em concreto faça-o de acordo com as questões colocadas na grelha abaixo:

Afirmação/ Questão do Instrumento	Refira o nº da Afirmação/ Questão
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	5 Não
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	5 Sim
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	5 Sim: “penso como dividi-la em partes intervaladas com repouso”
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	5 Sim

Afirmação/ Questão do Instrumento	<i>Refira o nº da Afirmação/ Questão 21,27 e 29</i>
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	Não
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	Sim, mas parecem-me redundantes.
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	Sim, acrescentando "por causa da dor".
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	Sim

Pergunta 30: acrescentaria no final "por causa da dor".

APÊNDICE 2: CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PAINEL DE REVISORES – PERITOS NA ÁREA

1. **Nome:** [REDACTED]

2. **Profissão:** Médica (Reumatologista)

3. **Formação Académica** (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

b) Bacharelato b) Licenciatura X c) Mestrado d) Doutoramento

4. **Pós-graduações/ Formação especializada realizada:**

- Pós-graduação em acupuntura.

- Formação em Ecografias Músculo-esqueléticas.

5. **Local onde exerce actualmente a profissão:** C. Hospi. S. Francisco Leiria e Alcobaça, CUF Descobertas.

6. **Número de anos de experiência profissional:** 16 anos

7. **Número de anos de experiência específica na área em estudo (condições músculo-esqueléticas):** 12

8. **Formações realizadas na área das condições músculo-esqueléticas**

9. **Trabalhos/ Apresentações realizados na área condições músculo-esqueléticas:** Cerca de 90 apresentações e cerca de 50 publicações integrais.

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice XXII

Processo de Auditoria realizado pelo Perito em Metodologia

ASSUNTO: PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS PERITOS

Exma. Sr (a). Professora [REDACTED]

O meu nome é Catarina Gaspar Vieira, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo-Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objetivo é a adaptação e validação da escala “Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)” para a população portuguesa, tendo o presente estudo como orientador o Professor Eduardo Cruz.

O estudo pretende disponibilizar esta escala de 30 questões, para a população portuguesa, cujo objetivo é medir os padrões de atividade em utentes com dor crónica. Neste contexto gostaria de solicitar a sua colaboração para integrar o comité de peritos (constituído por peritos em condições músculo-esqueléticas, no processo metodológico ou em linguística), **na qualidade de perita em questões metodológicas associadas à adaptação linguística e cultural de instrumentos de medida, para avaliar os procedimentos metodológicos utilizados.**

A tradução deste questionário foi solicitada e realizada, seguindo as normas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida (Beaton et al., 2002; MAPI Institute, 2004), que até à data, compreendeu:

5. Tradução para português do instrumento original por dois indivíduos independentes, de língua materna portuguesa;
6. Construção de uma versão de consenso (por um terceiro elemento, independente dos anteriores);
7. Retroversão desta última por outros dois indivíduos independentes, e bilingues;

Caso aceite, solicito o preenchimento do Apêndice 1, com o registo dos seus comentários e sugestões, e do Apêndice 2., onde lhe é pedido uma caracterização profissional sumária. Solicito ainda, que o preenchimento seja efectuado nos espaços considerados nos referidos Apêndices. Após o respectivo preenchimento, e logo que possível, agradeço a devolução deste documento, pessoalmente ou por e-mail.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através do número 916 054 391, ou pelo seguinte e-mail: katarinavieira@hotmail.com

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver o questionário, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Catarina Gaspar Vieira

Endereço:

Catarina Gaspar Vieira, Rua dos Vales s/nº, 2480-013 Alqueidão da Serra

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E RETROVERSÃO

O papel do Comité de Peritos, ao qual pertence, é o de consolidar todas as versões da escala e desenvolver a versão pré final da versão Portuguesa do **instrumento POAM-P**, para posterior utilização no estudo piloto com profissionais de saúde e utentes com dor lombar crónica. Assim, e no que diz respeito ao seu contributo, pretende-se que reveja o **processo de adaptação e respectiva documentação**, relativa à forma como os procedimentos metodológicos efectuados minimizam o risco de viés na adaptação do instrumento a uma nova língua e cultura, e garantem a validade de conteúdo do instrumento de forma a obter a equivalência entre a fonte original e a nova versão (Aaronson et al., 2002).

Considere por favor os seguintes procedimentos, documentados no ficheiro enviado em anexo:

1. Comprovativo da autorização por parte do autor da versão original;
2. Resumo do Projecto de Adaptação Linguística e Cultural da escala (inclui critérios de selecção dos tradutores e retro- tradutores);
3. Carta convite com as instruções do processo de tradução;
4. Caracterização dos tradutores, traduções realizadas e registo com os seus comentários;
5. Documento com o registo do processo de síntese - versão 1;
6. Carta convite com as instruções do processo de retro- tradução;
7. Caracterização dos retro - tradutores, retro- traduções realizadas e registo com os seus comentários;
8. Dossier Comité Peritos (peritos em condições músculo-esqueléticas, no processo metodológico ou em linguística)
9. Documento com o registo do processo de síntese - versão pré-final;
10. Dossier do Estudo Piloto
11. Revisão por Peritos Clínicos;

Apêndice 1: Comentários e Sugestões

Por favor registe os comentário e sugestões relativos aos procedimentos metodológicos utilizados e acerca da forma como estes minimizam o viés e garantem a equivalência de conteúdo do instrumento. Por favor utilize o espaço abaixo.

Após a revisão de todo o processo de adaptação da escala "*Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)*" para a população portuguesa e respectiva documentação disponibilizada, considero que os procedimentos descritos e documentados cumprem os requisitos necessários à minimização do risco de viés ao longo de todas as fases do processo. A documentação apresentada é demonstrativa do cumprimento de todos os procedimentos propostos e considero a mesma, adequada, encontrando-se assim garantida a equivalência do conteúdo entre a fonte original e a nova versão da referida escala.

Apêndice 2: Caracterização dos Elementos do Painel de Peritos

1. **Nome:** ██████████

2. **Profissão:** Professora Adjunta da escola Superior de saúde do instituto Politécnico de Setúbal

3. **Formação Académica** (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

c) Bacharelato b) Licenciatura c) Mestrado X d) Doutoramento

4. **Pós-graduações/ Formação especializada realizada:**

Pós-graduação em saúde pública na especialidade de promoção e protecção da saúde; Curso de doutoramento em saúde pública na especialidade de epidemiologia e estatística

5. **Local onde exerce actualmente a profissão:** Departamento de Fisioterapia/ Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Setúbal

6. **Número de anos de experiência profissional:** 23 Anos

7. **Número de anos de experiência específica em processos de adaptação linguística e cultural de instrumentos:** 7anos

8. **Trabalhos/ Apresentações realizados, relativos a processos de adaptação linguística e cultural de instrumentos:**

Revisora da Ifisionline: revisão de artigo-Adaptação Cultural e contributo para a Validação da escala Patient Global Impression of Change- Setembro 2011;

Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida: "Questionário de avaliação da Qualidade de Vida em mulheres com Incontinência Urinária (CONTILIFE)" para a população portuguesa feminina. (1:1), pg 7-17;

Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida "Escala de Auto-Eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico". Essfisionline. Vol 3, nº 3 2007;

Provas públicas para professor adjunto .Questionário: Dor nas costas: estudo metodológico. 2006. (não publicado);

Validação e adaptação do "Índice da atividade social".2006 (não publicado);

Validação e adaptação do "Índice de perdas de urina".2006 (não publicado);

Membro do Júri de relatórios de investigação na área da adaptação linguística e cultural de instrumentos.

APÊNDICES - Estudo 2

Apêndice XXIII

Manual para recrutamento dos participantes no estudo

Protocolo para recrutamento dos Participantes no Estudo

Este protocolo **define as condições de recrutamento dos participantes no estudo, em três passos consecutivos**. No final do documento inclui-se um glossário para esclarecimento de possíveis dúvidas.

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:

Ex: Dor Lombar, Tensão Lombar, Lombalgia, Lumbago ou Raquialgia Lombar (International classification of Diseases, 2010).

2º PASSO – Verificar os critérios de inclusão e 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 radicular²², 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.

²² 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 déficit neurológico (alterações nos reflexos, sensibilidade ou força) (Pinto et al., 2011). 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., 2011).

Assim, apenas terá que verificar **se o potencial participante apresenta os seguintes critérios 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 há mais de 3 meses, sem causa específica ou presença de recorrências de dor lombar por um período de seis meses, ou presença de dor em menos de metade dos dias num período de 12 meses, ocorrendo múltiplos episódios no decorrer desse período	<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 exceção da medicação para a dor	<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 objetivo 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 no conteúdo da carta explicativa da página seguinte.

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO AOS UTENTES

Este estudo tem como principal objetivo: identificar indicadores de prognóstico para os resultados da intervenção em fisioterapia, a curto e longo prazo, ao nível da dor, capacidade funcional e percepção de melhoria, em utentes com dor crónica lombar que recorrem aos serviços de fisioterapia. A informação recolhida neste estudo poderá, no futuro, contribuir para que os fisioterapeutas consigam identificar indicadores de bom ou mau prognóstico para os resultados da sua intervenção em utentes com dor crónica lombar.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. O presente estudo não acarreta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem directa para os que nele participam, e não irá interferir no plano de intervenção. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo em qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação.

Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial, sendo conservado à responsabilidade de Catarina Gaspar Vieira.

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projecto 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.

Caso surja alguma dúvida, ou necessite de informação adicional, por favor contacte: Catarina Gaspar Vieira, através do número 916 054 391 ou do email: katarinavieira@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais.

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 do 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

O Fisioterapeuta Responsável pelo Estudo

_____, ____ de _____ de 20____

GLOSSÁRIO

Classificação da Dor Lombar

A classificação da dor lombar (DL) em 3 categorias de acordo com as características clínicas apresentadas pelos utentes, tem sido cada vez mais utilizada no âmbito da investigação. Segundo Waddell (1987) a DL pode ser classificada da seguinte forma:

- Dor com origem em patologia vertebral específica
- Dor com origem radicular ou no nervo
- Dor com origem não específica

DL de Origem Não Específica e DL de Origem Específica

A DL de origem não específica diz respeito à dor lombar cuja origem não é atribuída a uma patologia específica e/ou causa conhecida, como por exemplo: infecção, tumor, osteoporose, fractura, deformidade estrutural, doença inflamatória (ex. espondilíte anquilosante), síndrome radicular ou síndrome da cauda equina. A espondilose e a espondilolisteis também são classificadas como DL de origem não específica, uma vez que uma proporção considerável de utentes que as apresentam são assintomáticos (Soler & Calderon, 2000). A dor lombar de origem não específica pode ser ou não referida para o membro inferior mas sem deficit neurológico (alterações nos reflexos, sensibilidade ou força).

A DL de origem específica diz respeito à dor lombar cuja origem é atribuída a uma patologia específica e/ou causa conhecida. No entanto, a investigação tem demonstrado uma correlação baixa entre os sintomas de DL, os sinais radiológicos e a patologia, pelo que a DL de origem não específica, ou seja que não é atribuída a patologia vertebral específica ou a envolvimento neurológico, parece estar presente em 85% dos utentes que apresentam DL (Deyo, 1988).

Por outro lado sabe-se ainda que:

- Cerca de 4% dos utentes com DL que procuram os cuidados de saúde primários têm fracturas de compressão, enquanto que apenas 1% apresenta patologia neoplásica (Deyo, 1992).
- As espondiloartropatias e as deformidades vertebrais parecem ocorrer com uma frequência de cerca de 0.8 a 1.9% na população em geral (Saroux, 1999), enquanto que as deformidades escolióticas têm sido reportadas com uma prevalência entre 1 e 4% e as deformidades cifóticas com uma prevalência de 1.5%.
- As infecções da coluna vertebral, e em particular as infecções crónicas, têm sido reportadas como raras (Airaksinen, 2006).

Justificação dos critérios de inclusão e exclusão

- Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores (Kendall et al., 1997), com duração de pelo menos 12 semanas, sem causa específica, ou presença de recorrências de dor lombar por um período de seis meses, sem causa física específica, (Airaksinen, et al., 2006; Bekkering et al., 2003; ; Krismer & van Tulder, 2007), nomeadamente doença neoplásica, infecciosa e/ou inflamatória, osteoporose, fractura, osteoporose, deformidade estrutural, síndrome da cauda equina e radicular (Waddell, 1987); Bekkering et al., 2003; ; Krismer & van Tulder, 2007) **ou**

- Presença de dor em menos de metade dos dias num período de 12 meses, ocorrendo múltiplos episódios no decorrer desse período” (Von Korff, 1994). De acordo com Von Korff (1994), estes episódios de agudização são definidos como “períodos (normalmente uma semana ou menos) em que os sintomas da condição de dor lombar se encontram mais exacerbados do que o normal para o utente” **ou**
- Múltiplas situações de agudização dos sintomas, correspondendo assim a vários episódios de recorrência ao longo da sua condição crônica;
- Idade compreendida entre os 18 e os 65 anos. A população idosa não é incluída pelo facto das alterações funcionais e biológicas associadas ao processo de envelhecimento poderem estar de alguma forma associadas à dor lombar dos participantes;
- Ausência de sintomas de compressão radicular²³, 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);
- Ausência de realização de cirurgia lombar nos 6 meses prévios e de realização de Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com excepção da medicação para a dor;
- Mulheres que não se encontrem numa situação de gravidez. A dor lombar durante a gravidez é comum, tendo sido demonstrado que as mulheres grávidas experienciam algum tipo de DL durante o período de gestação, no entanto, os factores etiológicos apontados são divergentes dos factores associados à DCL de origem não específica (Garshasbi & Faghieh Zadeh, 2005).
- Saber ler e escrever. A condição de analfabetismo impossibilita o preenchimento dos instrumentos de avaliação da condição dos participantes.

²³ 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., 2011). 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., 2011).

Apêndice XXIV

Protocolo de Recolha de Dados e Caderno de Instrumentos a aplicar à amostra

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 em três momentos distintos nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados, particularmente nos primeiros dois momentos;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos, caso exista.**

AValiação – MOMENTO 1

O tempo médio de preenchimento dos instrumentos neste primeiro momento é de **5 minutos**.

Solicite o preenchimento dos seguintes instrumentos, na ordem indicada:

1. **QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA**
2. **PATTERNS OF ACTIVITY MEASURE- PAIN- versão portuguesa**

AValiação – MOMENTO 2 (4 a 7 dias depois)

O tempo médio de preenchimento dos instrumentos neste segundo momento é de **5 minutos**.

Solicite o preenchimento dos seguintes instrumentos, na ordem indicada:

1. **PATTERNS OF ACTIVITY MEASURE- PAIN- versão portuguesa**
2. **TAMPA SCALE OF KINESIOPHOBIA- versão portuguesa**

CÓDIGO DO UTENTE _____

MOMENTO DE AVALIAÇÃO 1
(T0)

**(Após Verificação dos Critérios de Inclusão e assinatura de consentimento Informado-
Participantes em lista de espera ou na primeira semana de tratamento) Seguir a ordem indicada.**

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

- Questionário de caracterização Sócio-Demográfica e Clínica (Inclui EVA)
- Patterns of Activity Measure-Pain - versão portuguesa

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA – DOR CRÓNICA LOMBAR²⁴

Um grupo de investigadores do Departamento de Fisioterapia do Instituto Politécnico de Setúbal está a realizar um estudo sobre os efeitos da Fisioterapia na dor e na capacidade funcional das pessoas. Para tal, agradecemos que respondesse com sinceridade a todas as questões que fazem parte da referida investigação. As suas respostas são confidenciais e anónimas. Obrigada.

Nome da Instituição: _____

Nº de Processo ou Código Atribuído ao Utente (a colocar pelo investigador) _____

Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

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 Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) Ensino Secundário ou equivalente incompleto (12º ano de escolaridade) Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) Ensino Superior incompleto (Politécnico ou Universitário) Ensino Superior completo (Politécnico ou Universitário)

7. Qual a sua Atividade profissional/ Profissão?

8. Qual a sua situação profissional actual? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar a tempo inteiro A trabalhar a tempo parcial Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Reformada (o) Doméstica (o)

9. Fez formação Profissional específica? Sim Não

²⁴ Autores: Caeiro, C., Cruz, E. e Fernandes R. (outubro 2011).

10. Qual a sua situação profissional atual? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar a tempo inteiro A trabalhar a tempo parcial Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Reformada (o) Doméstica (o)

DADOS CLÍNICOS

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

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

12. A sua dor prolonga-se para a perna? Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

14.1. Se sim, quantas vezes?

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

14.2. 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

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

Sim Não

16. Por favor, assinale com um risco vertical a intensidade média da sua dor durante os últimos 7 dias.

0 10
|-----|
Ausência de dor Pior dor possível

Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)- Versão Portuguesa

As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias. **Para cada uma das afirmações abaixo, selecione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.**

		Nunca	Às vezes			Sempre
1		0	1	2	3	4
1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	0	1	2	3	4
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	0	1	2	3	4
3	Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.	0	1	2	3	4
4	Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.	0	1	2	3	4
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	0	1	2	3	4
6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	0	1	2	3	4
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	0	1	2	3	4
9	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	0	1	2	3	4
10	Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.	0	1	2	3	4
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
12	Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.	0	1	2	3	4
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	0	1	2	3	4
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	0	1	2	3	4
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	0	1	2	3	4
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4

(cont.)

		Nunca	Às vezes			Sempre
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	0	1	2	3	4
18	Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, até não conseguir mais.	0	1	2	3	4
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	0	1	2	3	4
20	Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.	0	1	2	3	4
21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	0	1	2	3	4
22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
23	Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor.	0	1	2	3	4
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	0	1	2	3	4
25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	0	1	2	3	4
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	0	1	2	3	4
27	Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	0	1	2	3	4
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	0	1	2	3	4
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	0	1	2	3	4

Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Vieira, C., Cruz, E. & Fernandes, R. (2011). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de Cane et al. Presented at the 27th Annual Canadian Pain Society Meeting, Ottawa, Ontario, Canada, 2007.

CÓDIGO DO UTENTE _____

MOMENTO DE AVALIAÇÃO 2 (T1)

(4 a 7 dias após- Sem Intervenção ou durante 1ª semana de tratamento)

Tempo de Preenchimento previsto: 4 minutos.

Seguir a ordem indicada:

1. Patterns of Activity Measure-Pain versão portuguesa
2. Tampa Scale of Kinesiophobia- versão portuguesa

Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P)- Versão Portuguesa

As pessoas que têm dor usam diferentes formas de realizar as suas atividades diárias. Pense na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias. **Para cada uma das afirmações abaixo, selecione, com um círculo, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.**

		Nunca	Às vezes			Sempre
1		0	1	2	3	4
1	Paro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	0	1	2	3	4
2	Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	0	1	2	3	4
3	Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.	0	1	2	3	4
4	Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.	0	1	2	3	4
5	Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	0	1	2	3	4
6	Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
7	Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	0	1	2	3	4
8	Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	0	1	2	3	4
9	Faço as minha atividades a um ritmo lento e constante.	0	1	2	3	4
10	Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.	0	1	2	3	4
11	Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
12	Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.	0	1	2	3	4
13	Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	0	1	2	3	4
14	Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	0	1	2	3	4
15	Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	0	1	2	3	4
16	Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4

		Nunca	Às vezes			Sempre
17	Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	0	1	2	3	4
18	Simplemente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, até não conseguir mais.	0	1	2	3	4
19	Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	0	1	2	3	4
20	Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.	0	1	2	3	4
21	Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	0	1	2	3	4
22	Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
23	Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor.	0	1	2	3	4
24	Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	0	1	2	3	4
25	Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	0	1	2	3	4
26	Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	0	1	2	3	4
27	Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	0	1	2	3	4
28	Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
29	Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	0	1	2	3	4
30	Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	0	1	2	3	4

Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Vieira, C., Cruz, E. & Fernandes, R. (2011). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de Cane et al. Presented at the 27th Annual Canadian Pain Society Meeting, Ottawa, Ontario, Canada, 2007.

Tampa Scale of Kinesiophobia - versão portuguesa

Nesta era de medicina tecnológica, uma das mais importantes fontes de informação sobre si próprio não consta do seu ficheiro clínico: as suas próprias sensações e intuições relativas ao que está a acontecer com o seu corpo. Esperamos que a seguinte informação seja útil para compreender essa lacuna.

.....

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com a escala da direita. Responda, por favor, de acordo com o que verdadeiramente sente, e não de acordo com o que as outras pessoas pensam que devia sentir. Não se trata de um teste sobre conhecimentos médicos, queremos apenas saber a sua opinião. Faça um círculo em volta do número que melhor corresponde ao que sente.

Por favor vire a página e responda sozinho às perguntas. Pretendemos saber o que você sente, e não o que outra pessoa pensa que devia sentir.

Adaptado e validado para a população portuguesa por: Cordeiro, N. Pezarat-Correia, P. Gil, J and Cabri, J. (2011). Portuguese Version of Tampa Scale of Kinesiophobia (13 Itens). *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 43(5), Supplement. Versão original de SH. Kori, R.P. Miller and D.D. Todd. (1990) Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag.*, (Jan./Feb.). 35–43.

**LEIA CADA PERGUNTA E ASSINALE O NÚMERO
QUE MELHOR CORRESPONDE AO QUE SENTE**

1 = Discordo Plenamente

2 = Discordo

3 = Concordo

4 = Concordo plenamente

1	Tenho medo de me magoar se fizer exercício	1	2	3	4
2	Se tentasse ultrapassar a dor, a intensidade dela iria aumentar	1	2	3	4
3	O meu corpo está a dizer-me que tenho algo de errado e grave	1	2	3	4
5	As outras pessoas não levam o meu estado de saúde a sério	1	2	3	4
6	O acidente que sofri colocou o meu corpo em risco para o resto da vida	1	2	3	4
7	A dor significa sempre que me magoei	1	2	3	4
9	Tenho medo de magoar-me acidentalmente	1	2	3	4
10	Tentar não fazer movimentos desnecessários é a melhor coisa que posso fazer para evitar que a dor se agrave.	1	2	3	4
11	Não sentiria tanta dor se não se passasse algo de potencialmente grave no meu corpo	1	2	3	4
13	A dor avisa-me quando devo parar de fazer atividade física, evitando assim que me magoe	1	2	3	4
14	Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa	1	2	3	4
15	Não posso fazer tudo o que as outras pessoas fazem, porque me magoo muito facilmente	1	2	3	4
17	Ninguém deveria ter que fazer atividade física quando sente dor	1	2	3	4

Adaptado e validado para a população portuguesa por: Cordeiro, N. Pezarat-Correia, P. Gil, J and Cabri, J. (2011). Portuguese Version of Tampa Scale of Kinesiophobia (13 Itens). *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 43(5), Supplement. Versão original de SH. Kori, R.P. Miller and D.D. Todd. (1990) Kinesisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag.*, (Jan./Feb.). 35–43.

Apêndice XXV

Tabelas de valores da consistência interna das componentes da POAM-P-VP

Componente 1

matriz de correlação item-item

	_q1	_q3	_q5	_q6	_q8	_q9	_q11	_q12	_q13	_q14	_q16	_q17	_q19	_q21	_q22	_q24	_q25	_q27	_q28	_q29
_q1	1,00	,368	,352	,466	,573	,432	,344	,419	,396	,371	,434	,381	,369	,322	,347	,367	,387	,372	,508	,484
_q3	,368	1,00	,607	,445	,327	,363	,371	,523	,351	,411	,415	,541	,523	,471	,251	,510	,288	,576	,457	,516
_q5	,352	,607	1,00	,572	,360	,414	,438	,540	,449	,537	,544	,591	,567	,583	,446	,511	,373	,567	,449	,479
_q6	,466	,445	,572	1,00	,377	,430	,525	,574	,586	,446	,653	,556	,557	,476	,419	,411	,551	,454	,544	,449
_q8	,573	,327	,360	,377	1,00	,356	,414	,378	,341	,397	,363	,396	,350	,415	,364	,276	,344	,462	,528	,522
_q9	,432	,363	,414	,430	,356	1,00	,477	,411	,447	,543	,558	,486	,474	,540	,320	,230	,285	,485	,581	,408
_q11	,344	,371	,438	,525	,414	,477	1,00	,428	,415	,438	,585	,386	,350	,448	,504	,196	,499	,464	,569	,375
_q12	,419	,523	,540	,574	,378	,411	,428	1,00	,428	,517	,527	,585	,555	,622	,385	,510	,473	,542	,545	,616
_q13	,396	,351	,449	,586	,341	,447	,415	,428	1,00	,468	,445	,477	,596	,459	,307	,437	,389	,415	,453	,383
_q14	,371	,411	,537	,446	,397	,543	,438	,517	,468	1,00	,450	,500	,464	,577	,349	,370	,415	,572	,487	,546
_q16	,434	,415	,544	,653	,363	,558	,585	,527	,445	,450	1,00	,588	,467	,487	,435	,365	,487	,422	,513	,427
_q17	,381	,541	,591	,556	,396	,486	,386	,585	,477	,500	,588	1,00	,577	,709	,414	,510	,383	,644	,554	,605
_q19	,369	,523	,567	,557	,350	,474	,350	,555	,596	,464	,467	,577	1,00	,554	,443	,471	,340	,497	,500	,491
_q21	,322	,471	,583	,476	,415	,540	,448	,622	,459	,577	,487	,709	,554	1,00	,513	,461	,412	,684	,611	,560
_q22	,347	,251	,446	,419	,364	,320	,504	,385	,307	,349	,435	,414	,443	,513	1,00	,381	,471	,445	,588	,420
_q24	,367	,510	,511	,411	,276	,230	,196	,510	,437	,370	,365	,510	,471	,461	,381	1,00	,334	,490	,426	,601
_q25	,387	,288	,373	,551	,344	,285	,499	,473	,389	,415	,487	,383	,340	,412	,471	,334	1,00	,399	,546	,410
_q27	,372	,576	,567	,454	,462	,485	,464	,542	,415	,572	,422	,644	,497	,684	,445	,490	,399	1,00	,739	,709
_q28	,508	,457	,449	,544	,528	,581	,569	,545	,453	,487	,513	,554	,500	,611	,588	,426	,546	,739	1,00	,691
_q29	,484	,516	,479	,449	,522	,408	,375	,616	,383	,546	,427	,605	,491	,560	,420	,601	,410	,709	,691	1,00

(Cont. Componente 1)

valores estatísticos para cada item

	média	desvio-padrão	n
_q1	2,48	1,129	128
_q3	1,95	1,229	128
_q5	1,77	1,411	128
_q6	2,45	1,351	128
_q8	2,63	1,209	128
_q9	2,06	1,278	128
_q11	2,30	1,325	128
_q12	1,92	1,195	128
_q13	1,98	1,258	128
_q14	2,08	1,208	128
_q16	2,14	1,356	128
_q17	1,95	1,324	128
_q19	1,35	1,314	128
_q21	2,04	1,160	128
_q22	1,83	1,375	128
_q24	1,79	1,253	128
_q25	2,23	1,299	128
_q27	1,86	1,247	128
_q28	2,16	1,291	128
_q29	1,87	1,270	128

resumo dos valores estatísticos

	média	minimo	maximo	amplitude	max. / min.	variância	n de itens
média de itens	2,042	1,352	2,633	1,281	1,948	,084	20
correlações item-item	,466	,196	,739	,543	3,778	,009	20

valores estatísticos da subescala

média	variância	desvio padrão	n de itens
40,84	320,296	17,897	20

Componente 2

Matriz de Correlação item-item

	_Q10	_Q15	_Q18	_Q20	_Q26
_Q10	1,000	,152	,375	,483	,302
_Q15	,152	1,000	,321	,243	,395
_Q18	,375	,321	1,000	,566	,389
_Q20	,483	,243	,566	1,000	,469
_Q26	,302	,395	,389	,469	1,000

Valores Estatísticos dos Itens

	Média	Desvio-padrão	N
_Q10	2,18	1,331	128
_Q15	2,45	1,196	128
_Q18	1,76	1,350	128
_Q20	1,73	1,314	128
_Q26	2,12	1,240	128

Resumo dos valores estatísticos

	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Max. / Min.	Variância	N de itens
Média de itens	2,045	1,727	2,445	,719	1,416	,092	5
Correlações item-item	,369	,152	,566	,414	3,718	,014	5

Valores estatísticos da subescala

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
10,23	20,618	4,541	5

Componente 3

Matriz de Correlação item-item

	_Q4	_Q7	_Q23
_Q4	1,000	,516	,509
_Q7	,516	1,000	,508
_Q23	,509	,508	1,000

Valores estatísticos da subescala

Média	Variância	Desvio padrão	N de itens
7,14	9,728	3,119	3

Valores estatísticos dos itens

	Média	Desvio-padrão	N
_Q4	2,29	1,287	128
_Q7	2,66	1,301	128
_Q23	2,20	1,211	128

Resumo dos valores estatísticos

	Média	Minimo	Maximo	Amplitude	Max. / Min.	Variância	N de Itens
Média Itens	2,380	2,195	2,656	,461	1,210	,059	3
Correlações item-item	,511	,508	,516	,008	1,016	,000	3