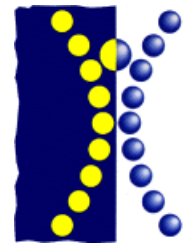


Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra



**Adaptação e Validação para a cultura portuguesa da
*Patient-Rated Wrist Evaluation score (PRWE)***

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre na
área da Fisioterapia na especialidade do Movimento Humano

Orientador: Doutor Luís Cavalheiro

Rui Manuel de Sousa Lopes

Coimbra, Setembro de 2016

Dedicatória

Dedico a elaboração deste trabalho a três pessoas importantíssimas na minha vida:

Em primeiro, dedico à minha querida mãe, Deolinda Boura de Sousa que, acima de tudo e de todos, acreditou em mim, vendo-me como um filho, homem e profissional capaz, sendo a minha fonte de inspiração para os momentos bons e menos bons que foram acontecendo ao longo do meu trajeto acadêmico. Minha querida Mãe, o meu muito obrigado!

Em segundo, dedico à minha querida avó Alzira de Sousa Boura. Uma mulher extraordinária que me marcou na vida e de quem tantas saudades tenho. Agradeço-lhe a força, o suporte e, principalmente, toda a proteção que me tem dado de forma tão generosa e graciosa ao longo da minha vida. Minha querida Avó, muito obrigado!

Por último, mas não em último, dedico este trabalho ao meu irmão Acácio pela braveza com que tem enfrentado as suas adversidades. És um guerreiro e uma fonte de inspiração de quem tanto me orgulho e de quem muito gosto. Obrigado meu irmão!

Resumo

Introdução: As lesões musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão são frequentes, provocando dor e disfuncionalidade. A *Patient-Rated Wrist Evaluation score* (PRWE) foi desenvolvida como uma medida autoreportada para avaliar a dor e funcionalidade em patologias musculoesqueléticas deste complexo articular.

Objetivo: Adaptar culturalmente a PRWE para a língua portuguesa e testar a sua fiabilidade, validade, poder de resposta e significância clínica.

Métodos: Obtenção da versão portuguesa da PRWE através de traduções, retroversões, painéis de consenso e pré-teste. As versões portuguesas da PRWE, do QuickDASH e do VR-12, um formulário sobre dados sociodemográficos e clínicos e uma escala subjetiva de percepção de mudança, foram administrados a uma amostra de 150 participantes (idade média: 54,57 anos; 66% do sexo feminino).

Resultados: A fiabilidade da PRWE foi considerada boa: alfa de Cronbach entre 0,89 (subescala Dor) e 0,95 (subescala Funcionalidade e total da PRWE). Os coeficientes de correlação intra-classe (CCI) foram aos 2 dias de intervalo, 0,81 e 0,88 para as subescalas Dor e Funcionalidade respetivamente. O total da PRWE apresentou um CCI de 0,87. Validade de construção: foram observadas correlações positivas, moderadas a fortes, com o *QuickDASH* (r entre 0,66 e 0,81) e correlações negativas, fracas, com os domínios e sumários do VR-12 (r entre -0,25 e -0,50). Após um período de tratamento (três a quatro semanas), obtiveram-se efeitos moderados a grandes no *standardized effect size* (entre 0,68 e 0,77) e na *standardized response mean* (entre 0,70 e 0,81), e valores de Mínima Mudança Detetável entre 11,8 e 21,2.

Conclusão: A versão portuguesa da PRWE apresentou boas características psicométricas em termos de coerência interna, reprodutibilidade, validade de construção, poder de resposta e significância clínica.

Palavras-chave: adaptação cultural, fiabilidade, PRWE, punho/mão, validade

Abstract

Introduction: Musculoskeletal injuries of the wrist/hand joint complex are common, causing pain and dysfunction. The Patient-Rated Wrist Evaluation score (PRWE) was developed as a self-reported measure to assess pain and function in musculoskeletal pathologies of this joint complex.

Purpose: To culturally adapt the PRWE to the Portuguese language and to test its reliability, validity, responsiveness and clinical significance.

Methods: Development of the Portuguese version of the PRWE through translations, back-translations, consensus panels and pretest. The Portuguese versions of the PRWE, QuickDASH and VR-12, a form of sociodemographic and clinical data and a subjective scale of perception of change were administered to a sample of 150 participants (mean age: 54.57 years; 66% female).

Results: The reliability of the PRWE was good: Cronbach's alpha of 0,89 (pain subscale) and 0,95 (function subscale and total PRWE). The intraclass correlation coefficients (ICC), at two days of retest interval, were 0,81 and 0,88 for the pain and function subscales, respectively. The total PRWE presented an ICC of 0,87. Construct validity: it were observed positive, and moderate to strong correlations with the QuickDASH (between 0,66 and 0,81), and negative and weak correlations with the domains and summaries of the VR-12 (r between -0,25 and -0,50). After the treatment period (three to four weeks), moderate to large effects were found for the standardized effect size (between 0,68 and 0,77) and the standardized response mean (between 0,70 and 0,81), and values of Minimal Detectable Change between 11,8 and 21,2.

Conclusion: The Portuguese version of the PRWE presented good psychometric characteristics in terms of internal consistency, reproducibility, construct validity, responsiveness and clinical significance.

Keywords: cultural adaptation, reliability, PRWE, wrist/hand, validity

Agradecimentos

A elaboração e concretização desta tese de mestrado foi possível graças à generosidade e contributo de várias pessoas que me apoiaram e me suportaram nos vários momentos ao longo destes dois anos.

Ao Doutor Luís Cavalheiro que, de forma muito paciente, competente e dedicada, me orientou e encaminhou para bom rumo. O rigor científico foi fundamental para a concretização de todas as etapas deste estudo. A todo o corpo docente do mestrado em Movimento Humano 2015/2016.

A toda a minha família, mãe, pai, irmãos e tia, que de uma forma inquestionável, sempre me apoiaram e me incentivaram na concretização deste trabalho.

Para a minha amiga e colega Sara Luís, o meu muito obrigado por todo o apoio e ajuda que me deu de forma tão generosa, ajudando-me a percorrer o caminho para atingir o objetivo.

Ao meu amigo David Adriano, que esteve sempre presente nesta labuta, ajudando-me de forma incansável, quer em atos quer em palavras.

Aos meus amigos mais próximos, Ângela, Dário, Ricardo, Maria, Marisa, o meu muito obrigado pela vossa doce companhia e apoio. Ao Marco pelas suas sábias palavras motivacionais e paciência.

A todos os colegas que colaboraram, de forma generosa, na recolha dos dados, principalmente aos meus colegas de trabalho, bem como a todos os utentes que dispensaram parte do seu tempo.

A todos o meu mais sincero obrigado!

Índice Geral

| | |
|---|-----------|
| RESUMO..... | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| AGRADECIMENTOS | 5 |
| ÍNDICE GERAL..... | 6 |
| ÍNDICE DE TABELAS | 8 |
| ÍNDICE DE IMAGENS..... | 10 |
| ÍNDICE DE SIGLAS | 11 |
| INTRODUÇÃO | 12 |
| 1. REVISÃO DA LITERATURA..... | 15 |
| 1.1 O complexo articular punho/mão..... | 15 |
| 1.1.1 Principais lesões do complexo articular punho/mão | 15 |
| 1.1.2 Outras patologias comuns no complexo articular punho/mão | 18 |
| 1.2 O papel da fisioterapia no tratamento das patologias do complexo articular punho/mão | 19 |
| 1.3 A importância das medidas autoreportadas na fisioterapia | 22 |
| 1.3.1 As propriedades psicométricas dos instrumentos de medição | 23 |
| 1.4 A Patient-Rated Wrist Evaluation score (PRWE)..... | 25 |
| 2. METODOLOGIA | 29 |
| 2.1 Adaptação linguística e cultural da PRWE para a população portuguesa..... | 29 |
| 2.2 Estudo da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE..... | 30 |
| 2.3 Estudo do poder de resposta e significância clínica da PRWE | 30 |
| 2.4 Objetivos do estudo | 31 |
| 2.5 Procedimentos | 31 |
| 2.6 Amostra | 33 |
| 2.7 Instrumentos de medição | 33 |
| 2.8 Análise estatística | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 3. RESULTADOS | 39 |
| 3.1 Processo de adaptação para a língua e cultura portuguesa da PRWE | 39 |
| 3.1.1 Tradução e retroversão da PRWE | 39 |
| 3.1.2 Revisão Clínica..... | 39 |
| 3.1.3 O painel de utentes..... | 40 |
| 3.2 Estudo da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE..... | 41 |
| 3.2.1 Amostra | 41 |
| 3.2.2 A PRWE..... | 43 |
| 3.2.3 O QuickDASH e o VR-12 | 44 |
| 3.2.4 A Validade de Construção | 44 |
| 3.2.5 A Fiabilidade..... | 45 |
| 3.3 Estudo do poder de resposta e significância clínica | 45 |
| | |
| 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO..... | 49 |
| 4.1 Discussão dos resultados | 49 |
| 4.1.1 Adaptação cultural | 49 |
| 4.1.2 Amostra | 50 |
| 4.1.3 A PRWE..... | 50 |
| 4.1.4 Validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE..... | 51 |
| 4.1.5 O poder de resposta e significância clínica da versão portuguesa da PRWE | 54 |
| 4.1.7 Limitações do estudo | 57 |
| 4.2 Conclusões | 57 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| TABELA 1. EQUIVALENTES SEMÂNTICOS RESULTANTES DA 2ªVERSÃO PRELIMINAR DA MEDIDA PRWE | 39 |
| TABELA 2. REVISÃO CLÍNICA – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA MEDIDA PRWE | 39 |
| TABELA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PAINEL DE UTENTES | 40 |
| TABELA 4. TEMPO DE PREENCHIMENTO DA PRWE | 41 |
| TABELA 5. IDADE | 42 |
| TABELA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS..... | 42 |
| TABELA 7. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS..... | 43 |
| TABELA 8. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS, EFEITO CHÃO E EFEITO TETO DAS DIMENSÕES E TOTAL DA PRWE | 43 |
| TABELA 9. QUICKDASH E VR-12..... | 44 |
| TABELA 10. COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES E TOTAL DA PRWE, O QUICKDASH E AS DIMENSÕES DO VR-12 | 45 |
| TABELA 11. COERÊNCIA INTERNA E CORRELAÇÃO INTRA-CLASSE DAS DIMENSÕES E TOTAL DA PRWE | 45 |
| TABELA 12. COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES E TOTAL DA PRWE ENTRE T0 E T1..... | 46 |
| TABELA 13. COMPARAÇÃO DO QUICKDASH ENTRE T0 E T1 | 46 |
| TABELA 14. COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES E DAS MEDIDAS SUMÁRIAS DO VR-12 ENTRE T0 E T1..... | 47 |
| TABELA 15. STANDARDIZED EFFECT SIZE E STANDARDIZED RESPONSE MEAN DA PRWE..... | 47 |
| TABELA 16. ERRO PADRÃO DA MEDIDA, MÍNIMA MUDANÇA IMPORTANTE E MÍNIMA MUDANÇA DETETÁVEL DA PRWE | 48 |
| TABELA 18. CONSISTÊNCIA INTERNA DA VERSÃO PORTUGUESA DA PRWE EM COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS (ALFA DE CRONBACH)..... | 53 |

| | |
|--|----|
| TABELA 19. VALORES DE CCI DAS SUBESCALAS E TOTAL DA PRWE – VERSÃO PORTUGUESA EM COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS..... | 54 |
|--|----|

Índice de Imagens

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 – SÍNTESE DA METODOLOGIA SEQUENCIAL UTILIZADA NA ADAPTAÇÃO CULTURAL DA PRWE | 31 |
|--|----|

Índice de Siglas

AINES – Anti-inflamatórios não esteroides

CCI – Correlação intra-classe

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DASH – *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*

DP – Desvio padrão

EPM – Erro padrão da medição

IC – Intervalo de confiança

LMERT – Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

M – Média

MMD – Mínima mudança detetável (MDC – *minimal detectable change*)

MMI – Mínima mudança importante (MIC – *minimal important change*)

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRWE – *Patient-Rated Wrist Evaluation score*

PRWHE – *Patient-Rated Wrist Hand Evaluation score*

QuickDASH – *Shortened version of the DASH Outcome Measure*

SES – *Standardized effect size* (mudança do tamanho do efeito)

SF-36 – *Short Form Health Survey*

SF-12 – *Short Form 12 item Health Survey*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SRM – *Standardized response mean* (resposta média padronizada)

VHA – *Veterans Health Administration*

VR-36 – *Veterans RAND 36 Health Survey*

VR-12 – *Veterans RAND 12 item Health Survey*

Introdução

As lesões do complexo articular punho/mão são muito comuns no âmbito do desporto,¹ no contexto das lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho,^{2,3} bem como no leque das patologias degenerativas que, tendencialmente, aparecem com o avançar da idade, causando dor e limitações funcionais. Uma avaliação correta destas lesões, assim como do seu impacto na funcionalidade dos utentes, poderá indicar qual a melhor intervenção a realizar/aplicar, no sentido de obter melhorias ao nível das diversas patologias que podem ocorrer neste complexo articular e, conseqüentemente, evitando incapacidades significativas a longo termo. Estas lesões do complexo articular punho/mão têm como causa principal fatores traumáticos ou sobreuso.^{1,4}

As lesões musculoesqueléticas que têm como principal causa o trabalho são um problema mundial que acarreta vários problemas, não só de saúde, na maioria dos casos tendinites de causa traumatológica repetitiva, resultante de movimentos e posturas extremas⁵ mas, também, problemas sociais e económicos, nos quais se destacam limitações na produtividade e aumento do absentismo laboral. A realização de tarefas repetitivas associadas a altos níveis de força que podem desencadear dor, desconforto e perda de funcionalidade surgem como causas principais.⁶ Estes são fatores que também podem ser avaliados em patologias desportivas,¹ bem como nas patologias degenerativas que vão surgindo no decorrer da idade como, por exemplo, as artroses e a artrite reumatoide.⁷

Neste seguimento, a fisioterapia surge como um imperativo para a recuperação das lesões no complexo articular punho/mão,^{2,3} independentemente da sua causa e/ou origem, através de uma intervenção adaptada de acordo com as necessidades do utente, com progressão para um rápido regresso à atividade.⁸

No âmbito das lesões musculoesqueléticas, os instrumentos quantificadores de dados físicos, fisiológicos e bioquímicos são amplamente utilizados. Ainda assim, são as medidas auto-reportadas que fornecem dados que apenas poderão ser obtidos através do indivíduo com patologia. Assim, estas medidas ganham destaque permitindo fazer uma avaliação centrada no indivíduo, no seu estado de saúde, bem como na efetividade das intervenções efetuadas.⁹

Proporcionar o seguimento da recuperação dos pacientes com lesões da mão e punho, de forma objetiva e segura, é de grande utilidade. Neste sentido, recorrer a ferramentas que permitam avaliar, da forma mais precisa possível, o resultado dos tratamentos aplicados nos vários tipos de patologias deste segmento corporal é uma mais-valia.¹⁰

Neste contexto, uma medida de avaliação autoreportada deverá apresentar boas propriedades psicométricas, definindo a qualidade da mesma, abrangendo a determinação da fiabilidade, validade e poder de resposta.¹¹ Portanto, o objetivo principal deste estudo prendeu-se com a adaptação e validação para a cultura portuguesa da medida *Patient-Rated Wrist Evaluation score* (PRWE).

Originalmente, a PRWE, tal como descrita por MacDermid em 1996,¹² tinha como principal objetivo ser um instrumento de medição válido e fiável para quantificar a dor e a incapacidade do punho devido a fratura distal do rádio, relatadas pelo utente.¹³ A PRWE é, assim, uma medida composta por dois domínios: dor e funcionalidade. A avaliação final é feita através da pontuação obtida em cada domínio, isto é, a cada um dos domínios é atribuída uma pontuação máxima de 50 pontos, fazendo um total de 100 pontos (100 pontos indica a pior pontuação possível).¹⁴

A PRWE é uma medida que se encontra já adaptada e validada em diversas culturas, o que é um indicador importante da sua relevância para uma boa avaliação clínica, bem como para a investigação na área das lesões musculoesqueléticas.¹⁵⁻¹⁸

No presente estudo, para a adaptação cultural da PRWE para a cultura portuguesa, seguiu-se uma metodologia sequencial, uma vez que se trata do procedimento mais comum.¹⁹ Nos estudos de validação subsequentes, foi realizado um estudo de desenho longitudinal, com avaliação nos seguintes momentos: T0 (administração inicial da bateria de instrumentos); aplicação do teste-reteste (num intervalo de 2 a 3 dias), para avaliação da reprodutibilidade da PRWE; e T1 (administração da bateria de instrumentos no final do programa de tratamento, para avaliação do poder de resposta e significância clínica). Tendo em conta os resultados obtidos nas validações da PRWE em diferentes culturas, é esperado que a versão portuguesa da PRWE demonstre também ser um instrumento válido, fiável e com bom poder de resposta para indivíduos com patologia do complexo articular punho/mão.

O presente trabalho encontra-se organizado em quatro partes distintas: revisão da literatura, onde se pretende proporcionar um enquadramento conceptual da temática em estudo para a compreensão do problema em causa, pela metodologia onde é feita a referência sobre as características deste estudo nas suas três fases distintas (desenho do estudo, objetivos, critérios de inclusão e exclusão, amostra, bateria de testes aplicada e análise estatística realizada), ou seja, o processo metodológico subjacente ao estudo de adaptação e validação da versão portuguesa da PRWE, a secção dos resultados e, por fim, a discussão e interpretação dos resultados obtidos.

De forma geral, o presente trabalho permitiu concluir que a versão portuguesa da PRWE apresenta equivalência semântica com a versão original, bem como bons valores de validade e fiabilidade apresentando, também, algum poder de resposta e valores de significância clínica.

Face aos resultados obtidos, a versão portuguesa da PRWE configura-se como uma medida de grande utilidade para a prática clínica e para a investigação científica relacionada com a dor e a funcionalidade na população com lesão musculoesquelética do complexo articular punho/mão.

1. Revisão da Literatura

1.1 O complexo articular punho/mão

O carpo é uma das complexas articulações existentes no corpo Humano, tanto no que confere à sua estrutura como à sua mecânica. A mão humana tem sido um tema central de estudo desde os primórdios da história. A sua arquitetura é um fino exemplo de elegância mecânica na natureza. Tem sido um fascinante objeto de estudo para os investigadores tanto no que diz respeito ao controlo motor como à biomecânica.²⁰ Ao longo das últimas décadas, têm-se testemunhado um avanço na compreensão da anatomia e da biomecânica do complexo articular punho/mão mas, ainda assim, apesar de todos os esforços nesse sentido, atualmente, a sua complexidade funcional ainda não é, de todo, compreendida.²¹

No âmbito das lesões musculoesqueléticas, estas podem afetar diferentes partes do corpo como, sejam, o ombro e o pescoço; o cotovelo, a mão e o punho, o joelho, a anca e a pélvis, o tornozelo e o pé, e a coluna vertebral,⁵ sendo que as causas que lhe estão subjacentes poderão ser as mais variadas.

As lesões da mão e do punho são muito comuns no contexto do desporto,¹ tendo potencial para limitar a participação dos atletas nas suas atividades desportivas,⁴ bem como no contexto laboral, provocando, de igual modo, incapacidade funcional. A existência de quadros degenerativos é também comum com o avançar da idade como, por exemplo, a degeneração de complexos fibrocartilagíneos.²²

1.1.1 Principais lesões do complexo articular punho/mão

As lesões do complexo articular mão/punho, mais comuns no desporto, podem ser divididas, principalmente, em lesões traumáticas e de sobreuso. Nas lesões traumáticas podem ser referidas as fraturas das falanges ou metacarpos, as lesões do complexo fibrocartilagem triangular,²³ as lesões do ligamento escafolunar, as fraturas da articulação interfalângica proximal, a fratura distal do rádio, a fratura do gancho do hamato, a fratura de *Colles*, entre outras patologias. Relativamente às lesões de sobreuso, são frequentes a síndrome de *Quervain*, a tendinite do flexor carpo-radial, a síndrome do túnel ulnar, a tendinite do extensor carpo-ulnar e subluxação do mesmo, e a síndrome do martelo hipotenar, entre outras patologias.^{2,4}

Tal como o próprio nome sugere, tendinopatia, refere-se a uma patologia que ocorre em qualquer parte do tendão, sendo as do complexo articular punho/mão bastante comuns.

Algumas são de fácil diagnóstico, caso a patologia e as suas causas sejam devidamente identificadas, não deixando, em muitos casos, margem de dúvida no que confere ao seu tratamento. As condições patológicas mais comuns que envolvem as estruturas tendinosas do punho e da mão são, entre outras, o dedo em gatilho, tenossinovite do primeiro ao sexto compartimento do extensor dorsal e a tendinite do flexor radial do carpo. As estratégias de tratamento destas patologias podem passar por tratamentos não cirúrgicos, como a fisioterapia e as talas de posicionamento, ou por tratamentos cirúrgicos para promover a libertação do tendão.²⁴

Tenossinovite estenosante da bainha sinovial do tendão do músculo flexor dos dedos, ou dedo em gatilho é, decerto, a patologia tendinosa mais comum. Na origem da sua causa, está um espessamento e constrição fibrosa do tendão flexor ao nível da articulação metacarpofalângica que, por si, impede o fácil deslizamento do tendão no seu interior. O tendão poderá apresentar, por vezes, um edema nodular localizado criando, desta forma, uma discrepância de tamanho entre o tendão e a bainha tendinosa.²⁴ As mulheres são afetadas 6 vezes mais que os homens, com uma maior incidência em utentes com diabetes *mellitus* e artrite reumatoide.²⁵ A prevalência do dedo em gatilho é de 2 a 3% mas, relacionado com a diabetes, a prevalência aumenta para 10 a 20%.²⁶ A etiologia é variada e a causa exata é desconhecida sendo, muito provavelmente, multifatorial. Os sintomas desta condição geralmente incluem dor ao nível da bainha referida, que progride para gatilho ou bloqueio. Os utentes podem reportar, entre outros sintomas, uma diminuição da força de preensão.²⁴ Esta patologia poderá ser observada em adultos ou em crianças sendo que, nos adultos afeta, principalmente, os dedos médio e anelar. Nas crianças, o dedo mais afetado é o polegar.²⁵ A Tenossinovite de *Quervain* afeta a parte tendinosa do primeiro compartimento dorsal, o longo abductor e o extensor do primeiro dedo, estando associada a atividades que envolvem o desvio rádio ulnar repetido, tais como martelar ou levantar uma criança.²⁴ Normalmente, os utentes apresentam-se com um quadro de dor e edema na região dorso radial do punho. Estes sinais e sintomas são agravados com o movimento resistido do primeiro dedo.⁷ O desvio radial e a extensão também podem agravar a dor.²⁵ As opções de tratamento podem incluir a utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) ou corticoides orais, talas, fisioterapia ou cirurgia. A fisioterapia, por sua vez, pode incluir programas de educação sobre a atividade ou modificação da mesma, diferentes modalidades de tratamento e exercícios de deslizamento tendinoso.^{7,24}

Num estudo retrospectivo sobre acidentes de trabalho de origem traumática,²⁷ os autores verificaram que as fraturas do punho e da mão (dedos) são dos diagnósticos mais frequentes, principalmente na população masculina. Como se verificou com outras patologias analisadas, as

fraturas provocam incapacidade temporária sendo, por isso, necessária uma intervenção ao nível da sua recuperação. Vários tipos de fratura poderão ser apontados como mais comuns no contexto do trabalho, como por exemplo, a fratura do escafoide, fratura múltipla dos metacarpos ou mesmo a amputação de dedos.²⁷

As fraturas do escafoide são, normalmente, produzidas por uma queda sobre a mão. Neste tipo de fratura existe um grande risco de necrose do fragmento ósseo devido à fraca vascularização, podendo apresentar edema e dor à palpação da tabaqueira anatómica. Este tipo de fraturas passam, muitas vezes, despercebidas no exame radiográfico de frente e perfil, sendo necessário recorrer a posições oblíquas. As fraturas dos metacarpos e das falanges são frequentes e resultam de um traumatismo sobre a mão. Por sua vez, as luxações metacarpofalângicas, resultantes de um mecanismo de hiperextensão, são mais raras, sendo que o indicador e o polegar são os mais frequentemente atingidos.⁷

No entanto, as fraturas do terço distal do rádio são as mais frequentes no âmbito das fraturas traumáticas do aparelho locomotor. Vulgarmente designadas como fraturas de *Colles*, são das mais frequentes em idades avançadas. São, de forma geral, resultado de um traumatismo indireto de queda sobre a mão.⁷ Com um pico no adulto acima dos 60 anos, predominando nas mulheres com osteoporose, são também frequentes em jovens que sofreram um traumatismo violento (seja associado ao desporto ou ao trabalho). Estas fraturas resultam de uma queda sobre a mão com o punho em hiperextensão (fraturas com desvio dorsal), em hiperflexão (fraturas com desvio palmar), em inclinação radial (fraturas da estilóide radial, *chauffeur*) ou em inclinação ulnar.²⁸

Outra realidade patológica comum de encontrar em ambiente clínico são as alterações do complexo fibrocartilágneo triangular, comuns em punhos sintomáticos e assintomáticos, com tendência a aumentar com o avanço da idade.²³ O complexo fibrocartilágneo é um estabilizador crucial da articulação rádio ulnar distal, essencialmente para a realização de tarefas sofisticadas. A capacidade para realizar movimentos complexos é de uma importância extrema para a função da mão. A degeneração deste complexo normalmente inicia-se na terceira década de vida. A origem desta deterioração pode ser traumática ou degenerativa.²²

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são as patologias ocupacionais mais comuns na União Europeia podendo afetar trabalhadores em variados setores profissionais.^{29,30} Estas patologias, normalmente relacionadas com a profissão, compõem uma das grandes preocupações dos serviços dos recursos humanos, bem como dos

serviços de saúde e da segurança no trabalho,³¹ uma vez que podem vir a apresentar uma dimensão individual e social com custos inatingíveis.³²

As LMERT são um problema mundial,³ envolvendo fatores de saúde, sociais e económicos. As lesões do complexo articular punho/mão estão associadas a perdas de produtividade e elevado absentismo laboral, sendo que, a causa principal destas lesões prende-se com a realização de tarefas repetitivas associadas a altos níveis de força que podem desencadear dor, desconforto e perda de funcionalidade.⁶

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, as LMERT apresentam uma etiologia multifatorial sendo difícil, grande parte das vezes, estabelecer uma ligação à causa.^{29,30} A origem das lesões musculoesqueléticas do membro superior relacionadas com trabalho são, grosso modo, atividades que exigem uma aplicação de força elevada com as mãos, movimentos repetidos e compressão mecânica das estruturas anatómicas.^{3,32,33}

1.1.2 Outras patologias comuns no complexo articular punho/mão

Entre as patologias musculoesqueléticas do complexo articular mão/punho que não estão de forma de uma forma direta relacionadas com o desporto ou com lesões laborais, podem-se destacar a síndrome do túnel cárpico, contraturas de *Dupuytren*, osteoartrite e artrite reumatoide.^{5,34}

A síndrome do túnel cárpico é uma patologia caracterizada pela compressão do nervo mediano ao atravessar o túnel cárpico, por debaixo do ligamento transversal do punho. A redução do espaço neste túnel resulta na compressão do nervo mediano, sendo normal o aparecimento de sinais e sintomas como dor, parestesias e até paralisias. Entre as causas mais comuns encontram-se as reações inflamatórias de origem reumática crónica com espessamento da bainha tendinosa dos flexores, artrose do punho que se caracteriza por uma destruição lenta e progressiva das superfícies cartilagueas, acompanhada de hipertrofia e condensação óssea subcondral, fraturas do rádio, quistos sinoviais e edema.^{7,25} Nestes casos, a presença concomitante da síndrome do túnel cárpico é altamente prevalente, acima de 60%.²⁴ Esta patologia é mais comum no sexo feminino, tendo um pico de incidência aos 40-50 anos de idade.⁷

A patologia de *Dupuytren* caracteriza-se pela contratura em flexão de um ou mais dedos devido ao espessamento e retração da aponevrose palmar. A aponevrose que se localiza imediatamente abaixo da pele sofre um processo de espessamento e contratura, obrigando os

dedos a adotar uma posição em flexão.⁷ Embora esta afeção apresente uma componente genética, está associada a certas patologias como, por exemplo, traumas repetitivos vibracionais.²⁵ A contratatura de *Dupuytren* afeta, mais frequentemente, os homens com idade superior a 50 anos. O sintoma inicial é a presença de pequenos nódulos na palma da mão e no dedo anelar. Com o agravamento da patologia, verifica-se uma maior incapacidade funcional no desenvolvimento das tarefas de determinadas profissões.⁷

Como em qualquer caso de osteoartrite articular, os utentes, tendencialmente mulheres idosas, com artrite da carpometacárpica do primeiro dedo, apresentam variados graus de sintomas e diferentes patologias associadas.⁷ Esta forma de artrite é uma das mais comuns na mão e os utentes geralmente queixam-se de dor na base do primeiro dedo, na realização de atividades vigorosas ou em atividades contínuas de preensão e pinça.²⁴ Por exemplo, atividades como abrir frascos ou rodar maçanetas tornam-se difíceis. Atividades de preensão fina também se tornam mais difíceis e dolorosas.²⁵

Viver com artrite reumatoide é sinónimo de vida com dor. A artrite reumatoide é uma doença inflamatória que, tipicamente, afeta as pequenas articulações das mãos e dos pés, apresentando uma distribuição assimétrica.³⁵ A causa ainda é desconhecida ainda que haja referência a anormalidades no sistema imunológico que levam ao desenvolvimento anormal de reações imunológicas inflamatórias do corpo, particularmente, em articulações.³⁶ A artrite reumatoide pode implicar uma grande variedade de complicações para o utente e para a sociedade em geral.³⁵ O impacto económico desta doença inclui custos diretos para o estado e para os serviços de saúde, custos indiretos para a economia, incluindo os efeitos de perda de produtividade, e o impacto pessoal (limitações no desenvolvimento de atividades da vida diária como, por exemplo, desempenhar funções domésticas ou de lazer) da artrite reumatoide e das complicações subsequentes para os utentes e suas famílias.³⁷

1.2 O papel da fisioterapia no tratamento das patologias do complexo articular punho/mão

Na recuperação dos vários tipos de lesão do complexo articular punho/mão, a fisioterapia assume uma elevada importância devendo, no entanto, ser adaptada de acordo com as necessidades do utente promovendo um rápido regresso às atividades quotidianas.³⁸

As lesões musculoesqueléticas são uma realidade, qualquer que seja a sua origem.³⁹ Estas podem causar dor e comprometer a mobilidade mas, também, porque uma lesão grave poderá ser

sinónimo de incapacidade laboral.⁴⁰ Neste contexto, a fisioterapia poderá ser uma mais-valia na recuperação da patologia e, conseqüentemente, num regresso do indivíduo ao ativo de uma forma mais rápida e segura.³⁹

O tratamento de lesões ou patologias do punho e da mão requerem uma intervenção específica e atualizada. O papel da fisioterapia no processo da recuperação de lesões musculoesqueléticas do punho e da mão é de grande importância, tendo como objetivo o restabelecimento da mobilidade funcional ativa do utente, promovendo a conquista de um potencial máximo, possibilitando um rápido retorno à atividade e proporcionando uma maior independência mediante a disfunção física.³⁸

Face à diversidade patológica (traumática, ou não) do complexo articular do punho/mão, a fisioterapia apresenta um vasto leque de técnicas passíveis de serem aplicadas, tendo sempre em consideração o utente em si, a patologia, bem como a avaliação realizada, tendo em vista uma progressão positiva da recuperação.

O impacto e os custos que estão relacionados com as lesões no trabalho (dor incapacitante e diminuição da funcionalidade) permanecem de forma substancial ao longo do tempo.^{40,41} Através de uma correta avaliação e conseqüente aplicação de tratamentos, será possível alcançar melhorias, aumentando a funcionalidade e diminuindo a dor, por forma a diminuir o impacto da patologia no desempenho da função, bem como dos custos que esta poderá acarretar.^{4,33}

Numa revisão realizada por Eerd et al.,⁴¹ em que o objetivo foi verificar quais as intervenções com mais evidência nas patologias musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão, os autores verificaram uma forte evidência para programas de exercícios de treino resistido na ajuda do tratamento e da prevenção das patologias. Por outro lado, deram conta de uma evidência moderada no que confere à aplicação de programas de alongamentos e uma evidência moderada de não eficácia relativamente ao treino de gestão de stresse no trabalho e nos ajustes do posto de trabalho em ambiente laboral. Noutro estudo,⁴² com o objetivo de avaliar a efetividade do exercício comparativamente a outras intervenções – intervenções placebo ou ausência de intervenção na melhoria autoreportada da recuperação da função em indivíduos com lesões musculoesqueléticas do cotovelo, antebraço, punho e mão – os autores concluíram que no caso da dor inespecífica da mão, tendo em consideração o plano de tratamentos efetuado, adicionar um plano de alongamentos supervisionado no local de trabalho não apresentava, de todo, uma vantagem para a diminuição da dor, podendo, no entanto, apresentar melhorias ao nível da funcionalidade da mesma.

Bongi et al.,⁴³ numa investigação realizada no âmbito da avaliação dos benefícios da fisioterapia no tratamento da síndrome do túnel cárpico focaram-se na aplicação de técnicas manuais (por exemplo, mobilização, alongamentos, massagem, e massagem transversal profunda), como terapias benéficas na reabilitação da patologia. No final do estudo, os autores verificaram que os utentes apresentavam melhorias significativas nos sintomas e na função da mão, diminuindo a prevalência de parestesias, dor e sensibilidade da mão e diminuindo, também, a frequência com que os utentes acordavam durante a noite devido a sintomas de dor e parestesias. Os autores concluíram assim, que as intervenções das terapias manuais reduziram a aderência dos tecidos, aumentando a mobilidade do punho e da mão. Concluíram, também, que as intervenções de terapias manuais são um tratamento não cirúrgico válido e eficaz para patologias inflamatórias como é o caso da síndrome do túnel cárpico, entre outras.

Segundo Rostami et al.,⁴⁴ a terapia pelo espelho (mobilização ativa da mão saudável e depois de ambas as mãos; aplicação de exercícios resistidos através de resistência manual ou através de ferramentas; desenvolvimento de atividades funcionais através da manipulação de objetos) combinada com a fisioterapia convencional (trabalho de melhoria das amplitudes do movimento ativo através de exercícios de deslizamento dos tendões com base em exercícios funcionais, facilitação neuromuscular propriocetiva (PNF), atividades de vida diária, básicas e instrumentais, bem como programas de 15 minutos para realizar em casa) ocasiona maiores melhorias ao nível da função da mão. Verifica-se assim que, a fisioterapia, aliada ao desenvolvimento de novas técnicas é uma mais-valia para a recuperação das lesões musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão.

Ainda que a fisioterapia mostre ser benéfica na recuperação da função e no alívio da dor em patologias musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão, há no entanto a necessidade de realização de mais estudos. Tal facto é apontado por Huissted et al.,⁴⁰ na revisão que realizaram, com o objetivo de verificar a efetividade das intervenções conservadoras e cirúrgicas para o dedo em gatilho, síndrome de *Quervain* e síndrome de *Dupuytren*. Nesta revisão, à imagem do que já foi relatado por outros autores,^{31,32} concluiu-se que as lesões e condições do membro superior têm um impacto considerável na sociedade apresentando consequências económicas negativas.⁴⁰ Com as análises realizadas sobre os estudos citados, cimenta-se a ideia de que a intervenção da fisioterapia no processo de tratamento das lesões traumáticas do punho e mão deve ser adaptada de acordo com as necessidades do utente.³⁸

O recurso a técnicas como, por exemplo, exercícios terapêuticos, reeducação funcional e sensorial, treino funcional, massagem e eletroterapia, minimizam os efeitos gravitacionais

promovendo, desta forma, um retorno mais rápido às atividades de vida diária, sejam elas em lazer ou em trabalho. A intervenção precoce é, assim, de grande importância para a obtenção de melhores resultados,^{38,39,43,44} sendo que ainda se verifica a necessidade de desenvolvimento de novos estudos para averiguar a efetividade da fisioterapia nas lesões musculoesqueléticas,⁴⁰ uma vez que a prática da fisioterapia deve, sempre, suportar-se na evidência. Deverá por isso corresponder a um uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível para a escolha da intervenção perante a patologia e o utente.^{45,46}

1.3 A importância das medidas autoreportadas na fisioterapia

As medidas de avaliação como, por exemplo, goniometria, perimetria, teste muscular, medidas autoreportadas, entre outras, são fundamentais na prática da fisioterapia.⁴⁶ Estas permitem avaliar, classificar, quantificar e descrever os utentes perante a patologia. Permitem, também, um planeamento de tratamentos mais profícuo bem como uma melhor predição dos resultados, e deste modo, documentar os resultados dos tratamentos aplicados e a determinação da efetividade dos mesmos.^{47,48} A utilização de medidas fiáveis e úteis são uma mais-valia para o reconhecimento dos fisioterapeutas como profissionais de saúde credíveis.⁴⁶

A avaliação é uma componente fundamental de uma boa prática em fisioterapia.⁴⁶ Ainda que existam muitos instrumentos que quantificam dados físicos, fisiológicos ou bioquímicos, apenas as medidas autoreportadas fornecem dados que apenas podem ser obtidos através do indivíduo.⁹ A utilização de avaliações por testes com validade são vitais para o reconhecimento e credibilidade da profissão e dos seus profissionais enquanto prestadores de cuidados de saúde. Enquanto profissionais, avalia-se para identificar os problemas apresentados pelos utentes, usando-se a informação obtida como um meio auxiliar para a tomada de decisão em matéria de diagnóstico, prognóstico, definição do plano de tratamento, dos resultados esperados e dos resultados obtidos.⁴⁶ Neste contexto, as medidas autoreportadas ganham particular destaque, uma vez que permitem uma avaliação centrada no indivíduo sobre o seu estado de saúde, assim como da efetividade das intervenções realizadas.⁹

A promoção da saúde deverá estar relacionada com uma prática bem fundamentada na evidência, sendo que uma forma de garantir que o trabalho do profissional de saúde é eficaz e eficiente só é possível através de uma avaliação válida e fiável.^{48,49}

1.3.1 As propriedades psicométricas dos instrumentos de medição

Uma medida de avaliação autoreportada deverá apresentar boas propriedades psicométricas, uma vez que estas definem a qualidade da mesma. Em termos globais, a análise das propriedades psicométricas de uma medida de avaliação compreende a verificação da fiabilidade, validade e poder de resposta.¹¹

A validade de um instrumento é definida como uma propriedade que procura medir aquilo que se pretenda que o instrumento meça. Para analisar a validade de uma medida é necessário saber o constructo que está a ser medido e através de que dimensões.¹¹ A validade de uma medida procura saber se as características que o investigador pretende conhecer correspondem à realidade, ou seja, um instrumento será válido se medir aquilo que é suposto medir.⁴⁶ Existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e a validade de construção.^{50,51}

A validade de conteúdo refere-se à escolha, adequação, importância e representatividade do conteúdo de um instrumento, envolvendo a importância dos conceitos a retratar, exigindo que um vasto número de julgamentos representativos tenha sido usado para gerar e selecionar os itens que constituem a medida. A validade de critério, por sua vez, é o grau pelo qual uma determinada medida produz resultados correspondentes aos obtidos pelo uso, em simultâneo, de outra medida considerada *Padrão de Ouro* (validade concorrente) ou o grau pelo qual é preditiva relativamente a um resultado ou acontecimento futuro (validade preditiva). A validade de construção é explicada quando padrões de associações esperados são observados de uma forma empírica. Pode ser testada através dos testes de validade convergente, quando dois métodos de medição elaborados para medir o mesmo constructo obtêm resultados similares; ou poderá ser testada através da validade discriminante quando medidas de diferente constructo fornecem resultados diferentes.^{46,52}

A fiabilidade encontra-se associada à estabilidade ou consistência da informação, isto é, até que ponto ela é idêntica quando as medições são realizadas várias vezes ou por mais que uma pessoa, formando o critério principal para se avaliar a qualidade e adequação de uma medida.^{50,51} A fiabilidade pode ser testada em relação à estabilidade, equivalência e consistência interna. Através da aplicação da medida à mesma população, em diferentes momentos (diferentes tempos) e pela comparação das pontuações obtidas, poderá ser avaliada a estabilidade temporal, fiabilidade teste-reteste ou reprodutibilidade. As comparações das pontuações obtidas através da aplicação de uma medida, quando aplicada por dois observadores para medir um mesmo fenómeno diz respeito à equivalência ou fiabilidade inter-observador. Por sua vez, a consistência interna ou homogeneidade verifica se todas as funções

de uma medida ou subescalas medem a mesma característica.^{46,50,51} No que diz respeito à reprodutibilidade, os indicadores de referência mais utilizados, para medidas contínuas, são o coeficiente de correlação intra-classes (CCI) ou o coeficiente Kappa de Cohen ponderado para medidas ordinais. Na fiabilidade inter-observador, os indicadores de referência mais utilizados são o coeficiente de correlação de *Pearson* e o CCI ou, para medidas ordinais, o coeficiente de concordância de Kendall. Para a consistência interna, o alfa de Cronbach é considerado um indicador adequado.^{46,53}

Ainda que a fiabilidade de um instrumento de medição seja uma característica essencial, não constitui, por si só, um critério suficiente para a seleção de um instrumento nem um substituto para a validade, mas a validade também não poderá ser obtida sem a fiabilidade.⁵⁰

Relativamente aos testes e medidas para diagnóstico são, ainda, necessários dois requisitos relacionados de forma direta com a fiabilidade e validade das mesmas: a precisão e a exatidão da informação fornecida. A precisão refere-se à capacidade de um instrumento fornecer o mesmo resultado ou um resultado semelhante em medições repetidas. Exatidão diz respeito à capacidade que um teste tem em obter a medida correta que corresponda ao grau de rigor do que se pretende avaliar realmente.^{50,53}

Por outro lado, quando o objetivo é medir e avaliar as alterações acontecidas no estado de saúde do utente, em virtude dos cuidados aplicados, é exigida uma outra propriedade psicométrica: o poder de resposta ou sensibilidade à mudança. O poder de resposta consiste na capacidade que um instrumento apresenta em detetar mudanças ao longo do tempo, constituindo uma qualidade indispensável para uma medida de resultados.¹¹ As medidas padronizadas de mudança do tamanho do efeito (*standardized effect size – ES*) e a resposta média padronizada (*standardized response mean – SRM*) são indicadores do poder de resposta.^{52,54}

Hoje em dia, é já frequente a disponibilização da informação relativa aos valores da mínima mudança detetável (MMD), ou *minimal detectable change (MDC)* e da mínima mudança importante (MMI), ou *minimal important change (MIC)*. A MMD é definida como a menor mudança que pode ser detetada pelo instrumento para além do erro padrão da medida. A MMI define-se como a mais pequena diferença na pontuação de um domínio de interesse que os utentes, os clínicos ou outros percecionem como importante.⁵⁵ Ambos os indicadores são determinantes para a avaliação dos resultados obtidos com os cuidados prestados, contribuindo para uma melhor utilidade clínica das medidas.⁴⁶

Em síntese, fiabilidade, validade e poder de resposta são, assim, propriedades psicométricas das medidas para as quais é imperativo olhar no processo de validação de uma medida. Outros

aspectos como, por exemplo, o tempo de administração, os custos e exigências para o processamento das devidas análises, disponibilidade de informação e condição dos utentes, também são fatores a ter em conta.⁴⁶

O desenvolvimento integral de um instrumento de medição é um processo complexo, que exige recursos e mobilização de capacidades e conhecimentos de índoles diversas. Assim, a adaptação cultural e linguística de instrumentos previamente desenvolvidos e validados noutras culturas constitui uma alternativa facilitadora da condução e divulgação de medição em saúde,¹¹ permitindo uma comparação de dados com outras culturas, principalmente quando o processo de adaptação é bem conseguido.

1.4 A Patient-Rated Wrist Evaluation score (PRWE)

A dor musculoesquelética é uma condição incapacitante que afeta cerca de 100 milhões de pessoas em toda a Europa. A Década do Osso e da Articulação (2000 - 2010), sob alçada da Organização Mundial de Saúde (OMS), constituiu um conjunto de iniciativas globais visando a melhoria da qualidade de vida de todos os utentes que padecem de doenças desta natureza.⁵⁶

A dor representa o sintoma mais frequente nas condições musculoesqueléticas. Perante um quadro doloroso, torna-se necessário avaliar a sua localização, intensidade, tipo, carácter, as circunstâncias do seu aparecimento, duração e horário, irradiação, relacionamento com o movimento e o repouso, e a sua resposta favorável ou não a determinadas terapias.⁷

O limiar de dor é variável consoante a sensibilidade de cada pessoa, tornando-se difícil uma comparação entre as diferentes manifestações dolorosas. Por outro lado, o estado psicológico do indivíduo influencia, também, a intensidade da dor. Ainda assim, não é, de todo, difícil encontrar manifestações subjetivas de dor que não encontram justificação tanto nos resultados objetivos obtidos na exploração física, nos exames complementares ou, até, através de medidas autoreportadas.⁷

A limitação funcional ou a limitação da mobilidade poderá apresentar uma origem na falência do mecanismo da estrutura em questão. O sistema musculoesquelético, entendido como um sistema de alavancas, encontra-se sujeito a lesões localizadas, originadas por causas variadas. A limitação funcional deverá ser tida em consideração, tentando-se perceber se a impotência funcional se encontra estabilizada ou se, pelo contrário, mostra ser progressiva.⁷ As medidas autoreportadas são, também, uma das formas de avaliar a progressão ou a estabilização da mesma através do prisma de avaliação do sujeito.

No contexto da avaliação da dor e da funcionalidade, a *Patient-Rated Wrist Evaluation score* (PRWE) originalmente descrita por MacDermid em 1996¹² (Anexo VI) apresentava, como principal objetivo, ser um instrumento de medida válido e fiável para quantificar a dor e a incapacidade do punho devido a fratura distal do rádio, relatado pelo utente. Neste estudo, a autora deu a conhecer o processo de desenvolvimento da medida, bem como os objetivos pela qual foi criada. Já em 1998 foi apresentado um estudo pela autora e seus colaboradores⁵⁷ em que o objetivo foi demonstrar que a PRWE era, de facto, uma medida autoreportada fiável e válida para a quantificação da dor e da funcionalidade em utentes com fratura do punho. Para tal, foi recolhida uma amostra de 101 utentes com fratura distal do radio a quem foi administrada a PRWE e o *Short Form Health Survey* (SF-36). Neste estudo, os autores cumpriram o objetivo inicial, concluindo que a PRWE é uma medida autoreportada breve, válida e fiável para a avaliação da dor e da funcionalidade do punho. Nos últimos anos, a PRWE tem sido estabelecida como a medida autoreportada mais utilizada para a avaliação do impacto das intervenções, devido às suas excelentes propriedades psicométricas. Tem sido mostrado como um instrumento com maior poder de resposta que medidas genéricas como o SF-36.⁵⁸ Adicionalmente a PRWE, ainda que tenha metade do número de itens da Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH; medida autoreportada para avaliação de patologias musculoesqueléticas do membro superior), demonstrou ter um poder de resposta equivalente ou superior na medição dos efeitos das intervenções fisioterapêuticas, indo de encontro aos domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).⁵⁸

A PRWE foi já adaptada e validada para muitas línguas e culturas. Entre elas: Arábia Saudita, Alemanha, Brasil, Coreia, China, Dinamarca, Finlândia, França, Hungria, Índia, Itália, Japão, Rússia, Turquia, e Ucrânia.^{16,17,58-69} Nas várias adaptações e validações como, por exemplo, na validação e adaptação do Brasil e da Turquia, os autores concluíram tratar-se de um instrumento altamente válido e fiável para avaliar a dor e a funcionalidade das lesões com complexo articular punho/mão. Descreveram, também, a medida como concisa, de fácil compreensão e resposta.^{64,65} A PRWE mostra, desta forma, a sua importância através de bons resultados na avaliação clínica, bem como na investigação.^{70,71}

Ainda que a PRWE tenha sido desenvolvida, originalmente, com o intuito de avaliar fraturas do punho e do terço distal do rádio, MacDermid e Tottenham,⁷² argumentaram que numa perspetiva funcional, o punho e a mão estão interrelacionados existindo, conseqüentemente, uma validade facial adequada para a sua aplicação numa população com patologias da mão. Desta forma, foi proposto pelos autores, a mudança da palavra *wrist* para *wrist/hand* e o nome da escala de PRWE para PRWHE.^{70,72} Não obstante, apesar da sugestão dos autores, atualmente,

na generalidade dos casos, as diferentes adaptações têm optado por manter a designação original.

A PRWE é uma medida autoreportada com orientação positiva em que a resposta a cada item pode variar entre 0 e 10 (em que 0 será equivalente a sem dor/sem dificuldade e o 10 será equivalente a dor máxima/dificuldade máxima). Trata-se de uma medida composta por duas subescalas: subescala da dor, composta por 5 itens e subescala da funcionalidade composta por 10 itens. Por sua vez, a subescala da funcionalidade encontra-se dividida em atividades específicas (6 itens) e em atividades habituais (4 itens).

A pontuação das subescalas da PRWE, para a dor, é obtida pelo somatório dos 5 itens (máximo 50 pontos em que 0 será a melhor pontuação e 50 será a pior pontuação). No que respeita à subescala da funcionalidade, a pontuação é obtida pelo somatório dos 10 itens dividido por 2 podendo variar, também, entre 0 e 50 pontos. A pontuação total é composta pelo somatório das duas subescalas, podendo a pontuação final variar entre 0 (melhor pontuação) e 100 (pior pontuação).¹⁴ Na sua versão original, a PRWE apresentou valores de CCI de 0,93. Relativamente à validade, foram encontradas correlações moderadas com medidas de força de preensão, amplitude de movimento ativo do punho e com o subteste *checkers* do *Jebson Hand Function Test*, nas diferentes subescalas. Adicionalmente, suportando a validade convergente, foram encontradas correlações moderadas a elevadas entre a pontuação da PRWE e as subescalas dor corporal (0,77) e função física (0,66) do SF-36.¹²

Mais recentemente, Packham e MacDermid,⁷³ realizaram um estudo com o objetivo de utilizar a análise de *Rasch* para verificar as propriedades de conteúdo, de pontuação e de medição da PRWE. A realização deste estudo, ainda que não tivesse alcançado o objetivo inicial, fez-se informativo na medida em que os resultados suportaram a fiabilidade da PRWE como uma medida global, sugerindo que a medida poderia ser dividida em 3 subescalas: subescala da dor, subescala das atividades específicas e subescala das atividades habituais. No entanto este sistema de pontuação em 3 subescalas necessita de mais estudos para poder ser usado em substituição do sistema de pontuação original. Para os profissionais de saúde verificaram, também, que dados sociodemográficos como o sexo e a idade, o diagnóstico e a duração dos sintomas poderão influenciar o preenchimento da medida por parte do utente. Ainda assim, a medida não pareceu apresentar um viés sistemático tendo em conta os fatores do utente. Relativamente à população com patologias da mão, a análise apresentada sugeriu que a não existência de uma interação entre a dominância e o lado afetado, na avaliação dor e funcionalidade autoreportada através da PRWE.⁷³

A exploração e exposição dos temas acima abordados vêm ao encontro do objetivo deste trabalho: a adaptação e validação para a cultura portuguesa da medida *Patient-Rated Wrist Evaluation score* (PRWE).

2. Metodologia

O presente trabalho propõe-se abranger os procedimentos de adaptação e validação da PRWE para a cultura portuguesa. Assim, no âmbito da metodologia adotada no presente estudo, e para que este processo seja melhor compreendido, este trabalho encontra-se dividido em três partes distintas: Parte I – adaptação linguística e cultural da PRWE para a população portuguesa; Parte II – estudo da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE; e Parte III – estudo do poder de resposta e significância clínica da PRWE. Em seguida apresenta-se uma síntese de cada uma das partes que compõem o presente trabalho.

2.1 Adaptação linguística e cultural da PRWE para a população portuguesa

Nesta primeira parte do trabalho, procedeu-se à adaptação linguística e cultural da PRWE recorrendo à metodologia sequencial proposta por Beaton *et al.*⁷⁴ Este processo teve o seu início após obtenção de autorização por parte da autora da medida original.

Com base nesta metodologia sequencial, que teve o objetivo de avaliar a equivalência conceptual e linguística da PRWE, foi encetado um processo de tradução seguido de uma retroversão e conseqüente análise dos resultados por painéis (painel de peritos e painel de utentes), para a obtenção de uma versão final de consenso. De uma forma genérica, o papel desempenhado pelos painéis centrou-se na análise da qualidade das traduções, da equivalência semântica (significado dos itens traduzidos) e no consenso sobre a tradução/retroversão da PRWE, com base na comparação das diferentes versões produzidas – primeira versão de preliminar da PRWE – ao longo do processo sequencial.

O resultado deste processo – segunda versão preliminar da PRWE – foi submetido à análise por um painel de revisores clínicos na área das condições do complexo articular punho/mão, composto por um fisioterapeuta e por um médico fisiatra. O objetivo deste painel centrou-se na revisão da qualidade da tradução, principalmente no que diz respeito à linguagem, avaliando de forma específica a compreensibilidade dos itens e a acessibilidade dos mesmos por parte dos utentes.

A versão de consenso aqui conseguida, por sua vez, foi submetida à análise por um painel constituído por um grupo de 9 utentes com patologia musculoesquelética do complexo articular punho/mão, recrutados no serviço de fisioterapia de uma instituição de saúde da região centro

do país. A análise por este painel teve o objetivo de avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas na versão da PRWE em análise.

A execução do processo de adaptação cultural da PRWE decorreu entre Outubro e Dezembro de 2015.

2.2 Estudo da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE

No que diz respeito ao estudo da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE, recorreu-se a uma amostra de indivíduos com lesões musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão, provenientes de várias instituições de saúde de Portugal continental. Todos os participantes preencheram um protocolo de avaliação constituído por um formulário de caracterização sociodemográfica e clínica e pelas versões portuguesas da PRWE, do QuickDASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand score*) e do *Veterans RAND 12 Item Health Survey* (VR-12) (Anexos I, II, III e IV).

A recolha de dados foi obtida num momento – momento T0 – configurando um estudo transversal. Para a análise da reprodutibilidade foi aplicada a PRWE a uma parte da amostra, dois dias após a aplicação de T0. O intervalo de tempo aplicado foi considerado suficiente para que os participantes não se lembrassem das respostas, no primeiro momento de preenchimento, mas também, para que não se verificassem alterações no seu estado de dor e de funcionalidade.

2.3 Estudo do poder de resposta e significância clínica da PRWE

Para a avaliação do poder de resposta e da significância clínica da versão portuguesa da PRWE, realizou-se um estudo de desenho longitudinal, recorrendo a uma subamostra de participantes que iniciaram tratamentos de fisioterapia no momento T0, nos vários locais de recolha. Este momento de avaliação – momento T1 – foi aplicado no término dos tratamentos de fisioterapia (normalmente após 3 a 4 semanas, tendo em consideração o número de sessões realizadas). O protocolo de avaliação aplicado no momento T1 foi composto pelas versões portuguesas da PRWE, QuickDASH, VR-12 e por uma escala subjetiva de perceção da mudança (âncora – Anexo V) da dor e da funcionalidade após o término da fisioterapia.

A execução das Partes II e III decorreu entre Dezembro de 2015 e Junho de 2016.

2.4 Objetivos do estudo

Os principais objetivos do presente trabalho foram os seguintes: (1) desenvolvimento da versão portuguesa da PRWE, equivalente em termos semânticos e de conteúdo à versão original; (2) avaliação da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE, particularmente no que diz respeito à validade de construção, coerência interna e reprodutibilidade; e (3) aferir o poder de resposta e de significância clínica da versão portuguesa da PRWE.

2.5 Procedimentos

Tradução e retroversão da PRWE

A Figura 1 apresenta uma síntese da metodologia sequencial utilizada na adaptação cultural da PRWE para a população Portuguesa. A tradução da PRWE foi realizada por dois tradutores independentes, fluentes na língua inglesa, mas cuja língua materna era o português. A retroversão foi feita por um tradutor nativo de língua inglesa, fluente em português, com desconhecimento da versão original da PRWE.

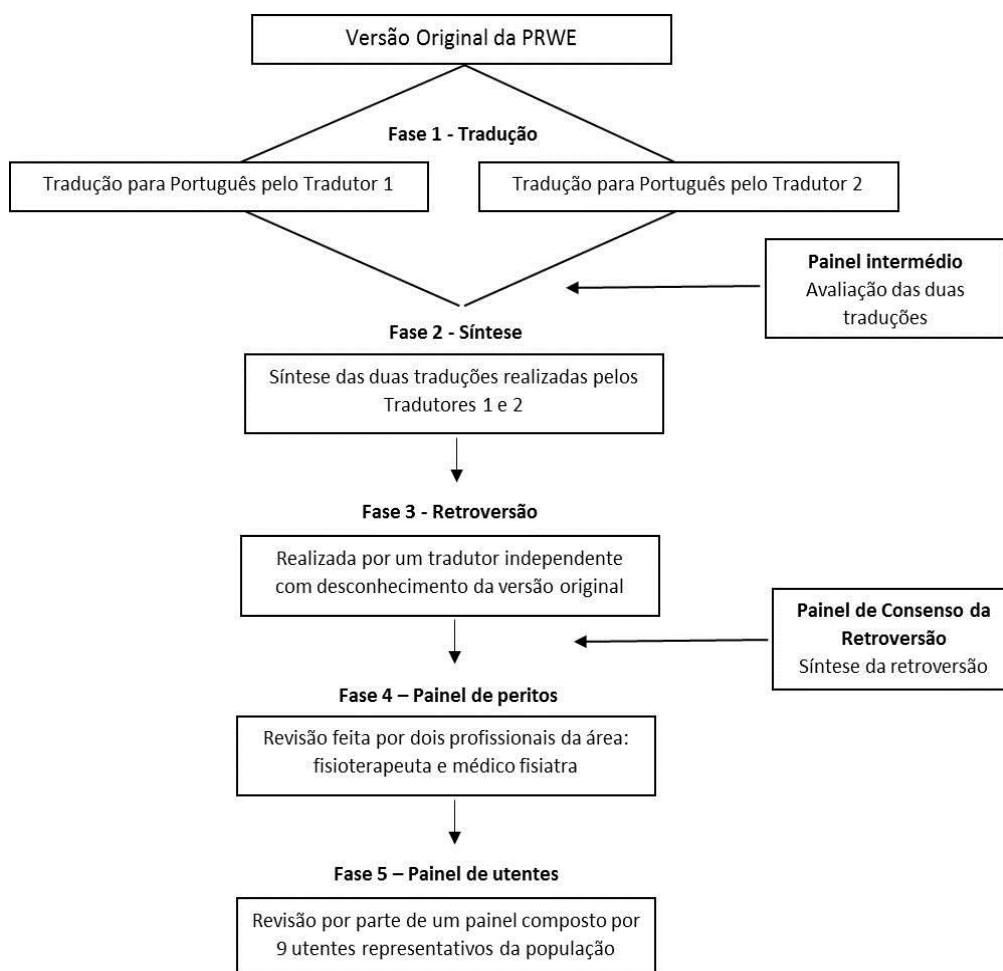


Figura 1 – Síntese da metodologia sequencial utilizada na adaptação cultural da PRWE

Os painéis intermédios fizeram-se constituir por três peritos do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e pelo autor do presente trabalho.

Depois da análise pelo painel intermédio, o procedimento levado a cabo para aferir a validade de conteúdo foi realizado através do recurso a uma revisão clínica por um painel de profissionais da área, e a um painel de utentes representativos da população a quem seria aplicada a medida. Ambos os painéis procederam à análise respetiva com base em formulários pré definidos (Anexos VII e VIII), visto tratar-se do procedimento mais usual nestas situações.⁷⁴

O painel dos revisores clínicos foi composto por dois profissionais da área: um fisioterapeuta com experiência no tratamento de lesões musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão e um médico fisiatra, também especialista no ramo. Desta forma, os dois revisores clínicos verificaram, de forma atenta, os termos técnicos e semi-técnicos incluídos no questionário, tendo sempre presente a forma como descreveriam ou discutiriam tal terminologia quando se encontrassem perante o utente (equivalência conceptual e linguística).¹¹

No que diz respeito ao painel de utentes, recorreu-se a uma amostra de nove utentes com características sociodemográficas diversas, e com diferentes patologias musculoesqueléticas, de forma a melhor poder representar, ainda que de forma genérica, a população em causa.

Para cada um dos procedimentos descritos, foi elaborado um relatório descritivo das atividades, decisões e conclusões obtidas.

Estudos de validação

Os participantes nesta fase do estudo foram selecionados tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 15 anos⁷⁵ (com autorização do tutor legal para idades inferiores a 18 anos), saber ler e escrever, apresentar capacidade de compreensão e não ter qualquer tipo de incapacidade cognitiva que pudesse impedir o preenchimento dos questionários. Foi considerado critério de exclusão a presença de lesões do fórum neurológico ou lesões concomitantes do membro superior.

A participação de todos os sujeitos foi precedida de um esclarecimento prévio, onde foram esclarecidos os objetivos e finalidades do estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como o carácter voluntário da sua participação. Os indivíduos foram ainda informados que a sua participação não implicaria qualquer tipo de custos ou riscos. Aos locais de recolha de dados foi solicitado um termo de consentimento informado assinado, como forma

de autorização da aplicação dos questionários aos seus utentes. Aos colegas fisioterapeutas envolvidos na recolha dos dados foram dadas todas as indicações para os esclarecimentos acima mencionados.

Tendo em consideração os critérios descritos para a amostra no momento T0, para a subamostra recolhida no momento T1, definiu-se como critério de inclusão adicional a realização de um programa de fisioterapia. À semelhança do descrito anteriormente, a participação dos utentes foi precedida de um esclarecimento prévio por parte do fisioterapeuta que colaborou na recolha de dados, e que recebeu, antecipadamente, as indicações por parte do autor do presente trabalho.

2.6 Amostra

Tanto para o estudo da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE como para o estudo do poder de resposta e significância clínica da PRWE, recorreu-se a uma amostra de conveniência. A amostra total recolhida, tendo em consideração os critérios anteriormente descritos, foi constituída, em T0, por 150 indivíduos. Desta amostra total, foram recolhidos dados de 135 participantes para avaliação da reprodutibilidade da medida. Por fim, o momento T1 foi composto por 113 indivíduos. A recolha da amostra foi realizada em instituições de saúde de vários distritos de Portugal continental (Vila Real, Aveiro, Coimbra, Leiria e Faro).

2.7 Instrumentos de medição

A bateria de instrumentos de medição foi composta por um formulário de dados sociodemográficos e clínicos e pelas versões portuguesas da *Patient-Rated Wrist Evaluation score* – PRWE, *Quick Disabilities of the arm, shoulder and hand* – Quick DASH e *Veterans RAND 12 Item Health Survey* (VR-12). Uma descrição de cada instrumento de medição é apresentada em seguida.

Informação Sociodemográfica e Clínica

O formulário de dados sociodemográficos e clínicos foi composto por algumas perguntas para aquisição de informação que se mostrou ser relevante para este estudo. Sobre os dados sociodemográficos foi perguntado o sexo, a idade e a profissão. Relativamente aos dados clínicos, os participantes foram questionados sobre o tipo de patologia, a duração dos sintomas, qual a mão afetada e, por último, se a mão afetada era, ou não, a sua mão dominante.

Patient-Rated Wrist Evaluation score – PRWE

A *Patient-Rated Wrist Evaluation* (PRWE) foi desenvolvida no sentido de avaliar a dor na articulação do punho bem como as limitações funcionais na realização das atividades de vida diária que advêm da lesão.¹⁴

A PRWE é uma medida de orientação positiva e auto reportada, composta por 15 itens subdivididos em duas subescalas: a subescala da dor, composta por 5 itens em que as respostas podem variar entre 0 e 10 (sem dor e dor máxima, respetivamente) e a subescala da funcionalidade, composta por 10 itens divididos em atividades específicas (6 itens) e atividades habituais (4 itens). As respostas podem variar entre 0 e 10 (sem dificuldade e dificuldade máxima, respetivamente). É sugerido que os profissionais de saúde verifiquem o questionário após o seu preenchimento, podendo orientar o utente no sentido de obter resposta para todas as perguntas. Este procedimento tem como propósito reduzir a possibilidade de haver alguma pergunta por responder, aumentando, desta forma, a confiança na interpretação final dos dados.¹⁴

Tendo em consideração que a PRWE é o objeto do presente estudo, uma descrição mais pormenorizada encontra-se referida no ponto 1.4 da revisão de literatura.

Veterans RAND 12 Item Health Survey (VR-12)

O *Veterans RAND 12 Item Health Survey* (VR-12) é uma medida genérica do estado de saúde, autoreportada e de preenchimento breve, sendo composta por 12 itens. Este instrumento de medida é utilizado, principalmente, na medição da qualidade de vida relacionada com a saúde e qual o seu impacto na população. Este instrumento não se encontra direcionado para uma população, doença ou grupo de tratamento específico, sendo passível de ser aplicado a qualquer faixa etária da população em geral. Este questionário é composto por 12 questões agregadas em oito aspetos da saúde: função física, desempenho físico, dor, saúde em geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental, cuja conclusão é apresentada em duas dimensões de saúde: sumário da componente física (SCF) e o sumário da componente mental (SCM). As componentes, física e mental são avaliadas, quantitativamente, numa escala de 0 a 100, sendo que valores mais altos correspondem a melhores estados de saúde.⁷⁶ Adicionalmente, existe um algoritmo que permite transpor as pontuações obtidas para um perfil de saúde com oito domínios.⁷⁷

O VR-12 deriva do *Veterans RAND 36 Item Health Survey (VR-36)*, anteriormente conhecido como Veteranos SF-36. O VR-36, por sua vez, foi adaptado do questionário SF-36 (versão 1.0), abrangendo os domínios de saúde física e saúde mental.⁷⁸ O VR-12 foi desenvolvido através de uma extensa pesquisa e dos dados normativos do VR-36 da *Veterans Health Administration (VHA)*. É composto pelos 12 itens considerados mais importantes do VR-36 para a composição dos sumários da componente física e da componente mental, explicando uma grande variabilidade do VR-36.⁷⁶

Comparativamente ao SF-36, foram realizadas duas alterações no VR-36. A primeira alteração foi o aumento do número de opções de resposta de duas das oito subescalas (desempenho físico e desempenho emocional), nomeadamente a mudança das duas possibilidades de escolha, sim/não, para uma escala de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (nunca, pouco tempo, algum tempo, a maior parte do tempo, sempre). A segunda modificação refere-se ao uso de dois itens que avaliam alterações de saúde, um focado na saúde física e outro nos problemas emocionais, em contraste com o único item de mudança geral do SF-36.⁷⁸ As alterações realizadas neste instrumento aumentou a sua precisão e a validade discriminante no resumo das componentes física e mental.^{78,79}

Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand – Quick DASH

A adaptação e validação do DASH à população portuguesa foi desenvolvida por Santos e Gonçalves.⁸⁰ Através do processo de adaptação e validação foi possível aos autores afirmar que o DASH é uma medida de estado de saúde funcional para a região do membro superior, válida e fiável, utilizado em diversos estudos como medida de função na avaliação do desempenho funcional do ombro.⁸⁰

O questionário DASH é constituído por 30 questões de auto resposta que avaliam o grau de dificuldade no desempenho de atividades diárias, tal como sintomas como a dor, fraqueza, rigidez e parestesias, o comprometimento em atividades sociais, a dificuldade em dormir e o comprometimento psicológico. A janela de medida respeita à semana anterior à aplicação do instrumento. As tarefas são, geralmente, pontuadas indicando a ausência de dificuldade em realizar determinada atividade (entre 0 e 25 pontos), pouca dificuldade na execução da tarefa (entre 26 e 50 pontos), dificuldade intermédia para a atividade (entre 51 e 75 pontos) e dificuldade acentuada até à limitação total, acima dos 76 pontos. Em cada questão, o utente deverá escolher um só valor entre 1 e 5, que corresponderá ao nível de incapacidade na realização de algumas atividades (em que 1 será equivalente a nenhuma dificuldade/nenhum

sintoma e 5 será um indicador de incapacidade para realizar qualquer atividade/ severidade dos sintomas). O tempo médio de preenchimento encontra-se entre os 6 e os 8 minutos. De acordo com as instruções, pelo menos 27 dos 30 itens devem ser completados para que o resultado possa ser calculado. O valor final será, então, transposto para um resultado avaliado numa escala de 0 a 100, em que os valores mais elevados significam maior incapacidade. Nos estudos da versão portuguesa do DASH, este apresentou um alfa de Cronbach de 0,95 e valores de reprodutibilidade (2 a 4 dias) de $r = 0,89$. No que confere à validade, o questionário mostrou-se significativamente correlacionado com escalas visuais analógicas de grau de incapacidade ($r = 0,55$) e de intensidade da dor ($r = 0,49$).⁸⁰

O QuickDASH quantifica, tal como o DASH, o nível físico de incapacidade e sintomas, ao nível do membro superior (braço, ombro, mão), através de 11 itens. Trata-se de uma versão reduzida do DAHS, mas que conserva as suas características iniciais. Este instrumento de medição foi desenvolvido no sentido de permitir uma quantificação do nível de incapacidade, muito embora com um nível reduzido de processamento de dados, de fácil aplicação, avaliação e interpretação de resultados.⁸¹ Pelos motivos apresentados, neste trabalho, recorreu-se à aplicação do QuickDASH na bateria de medidas a ser aplicada.

Escala subjetiva de percepção de mudança

A escala subjetiva de percepção de mudança – âncora – é uma escala de avaliação global na qual o utente atribui uma pontuação à sua recuperação, tendo em conta a sua percepção sobre as alterações ocorridas. O método de âncora utiliza uma escala tipo *Likert*. Esta âncora é composta por uma escala de 15 pontos que variam entre 7 (muitíssimo melhor) e -7 (muitíssimo pior), sendo que 0 é equivalente a uma situação onde não se verificam alterações.⁸²

2.8 Análise estatística

Para a análise e processamento de informação estatística, recorreu-se ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 19 para Windows. Os valores do nível de significância inferiores a 0,05 ($p < 0,05$) foram considerados estatisticamente significativos.

Em primeiro lugar, recorreu-se à estatística descritiva. As variáveis quantitativas foram descritas através de médias e desvios-padrão enquanto as variáveis categoriais foram descritas através dos valores de frequência e percentagem. Os efeitos, chão e teto, (percentagem de participantes

que responderam no valor mais baixo e mais alto, respetivamente) foram, também, verificados.¹⁵ Considerando que a presença de efeitos de chão ou teto podem comprometer o poder de resposta de uma medida, assume-se que existem efeitos de teto quando mais de 15% dos indivíduos obtêm a pontuação máxima possível no momento de avaliação inicial e efeitos de chão quando mais de 15% dos indivíduos obtêm a pontuação mínima possível.⁵⁴

Para o estudo de validação da PRWE foram consideradas diferentes fases. Numa primeira fase considerou-se a análise da validade e da fiabilidade.

A validade de construção foi verificada através da correlação da PRWE com o VR-12 e com o QuickDASH. Esta validade foi analisada através do coeficiente de correlação de *Pearson*. O coeficiente de correlação de *Pearson* foi interpretado da seguinte forma: muito forte se superior a 0,90; forte se entre 0,71 e 0,90; moderada se entre 0,51 e 0,70; fraca se entre 0,31 e 0,50, e muito fraca ou inexistente se menor ou igual a 0,30.⁸³ Tendo em consideração os constructos avaliados, será de esperar a existência de uma correlação positiva entre o total e subescalas da PRWE e o QuickDASH e uma correlação negativa com o sumário das componentes física e mental do VR-12.

Em relação à fiabilidade, esta foi verificada através da coerência interna e da reprodutibilidade (teste-reteste). A coerência interna foi avaliada através do cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*. Os valores de *alpha de Cronbach* compreendidos entre 0,7 e 0,95 foram considerados bons valores de coerência interna.⁵³ Em 135 indivíduos da amostra, foi feita uma segunda aplicação da PRWE após 2 dias, com a finalidade de avaliar a reprodutibilidade da medida. Esta análise foi realizada através do cálculo do coeficiente de correlação intraclassa (CCI), sendo que foram considerados bons níveis de concordância quando o CCI se mostrou superior a 0,7.⁵³

Numa segunda fase, recorrendo a uma amostra de 113 indivíduos da amostra inicial, que iniciaram tratamentos de fisioterapia no momento T0, foi avaliado o poder de resposta da PRWE. Para tal, e com o intuito de comparar as pontuações da PRWE antes e após o tratamento (T0 e T1), realizou-se uma análise univariada da variância de medidas repetidas (ANOVA). Foram também calculados o tamanho do efeito (*standardized effect size* [SES]) e a média da resposta padronizada (*standardized response mean* [SRM]), tal como foi realizado nas adaptações culturais do Japão, da Coreia e da Suécia.¹⁶⁻¹⁸ Os SES foram interpretados como grandes ($\geq 0,080$), moderados ($\geq 0,050$) ou pequenos ($\geq 0,020$).⁵⁴

Para o cálculo da Mudança Mínima Detetável (MMD) recorreu-se ao uso da seguinte fórmula:⁸⁴

$$1.96 * \sqrt{2} * (\sigma_{baseline} * \sqrt{1 - CCI})$$

Em que $(\sigma_{baseline} * \sqrt{1 - CCI})$ corresponde ao erro padrão da medição (EPM).

O cálculo da Mudança Mínima Importante (MMI) foi obtido através do método de distribuição (âncora), tendo em consideração a variação média dos indivíduos que apresentaram pequenas alterações (isto é, que perceberam a sua alteração como 2 ou 3).

3. Resultados

3.1 Processo de adaptação para a língua e cultura portuguesa da PRWE

3.1.1 Tradução e retroversão da PRWE

No painel de consenso da tradução e retroversão (painel intermédio), que decorreu entre Setembro e Outubro de 2015, estiveram presentes três peritos do CEISUC e o autor do presente trabalho. Após a análise das traduções (1ª versão preliminar) verificou-se que não existiam alterações linguísticas significativas a registar. Porém, na retroversão, verificaram-se algumas alterações a contabilizar. Assim, da análise de significado da retroversão (2ª versão preliminar) da versão portuguesa da PRWE resultaram os consensos descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Equivalentes semânticos resultantes da 2ª versão preliminar da medida PRWE

| | Versão Original | Equivalência Semântica (2ª versão preliminar) |
|------------------------------------|---|--|
| Título | <i>Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE)</i> | Avaliação do Pulso feita pelo Doente (PRWE) |
| Instruções de preenchimento | ...you would expect. | ... que teria. (tradução mais perceptível) |
| | ...means it was so difficult you were unable to do it at all. | ... a dificuldade foi tanta que foi incapaz de executar a atividade... (tradução mais perceptível) |
| Item D1 | At rest | Em repouso (tradução mais adequada) |

3.1.2 Revisão Clínica

Da análise das revisões efetuadas pelos dois peritos clínicos da tradução produzida da PRWE, resultaram os consensos descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Revisão Clínica – análise de conteúdo da medida PRWE

| | Problema | Solução encontrada |
|------------------------------------|--|--|
| Título | “Pulso” | “Punho” (termo técnico correto) |
| Instruções de preenchimento | “Irá descrever os sintomas que teve no punho em <u>média na semana</u> passada numa escala de 0-10.” | “Irá descrever, numa escala de 0-10, os sintomas que em <u>média</u> teve no punho na <u>semana passada</u> .” |

No decorrer da reunião, na análise dos relatórios dos revisores clínicos, surgiu uma questão relativa ao termo “em média”, sendo apontado por um dos revisores clínicos como de difícil

compreensão para muitos utentes. Após análise, foi decidido manter o original, não realizando qualquer alteração sugerida pelo perito em questão, uma vez que, tendo em conta a medida original, não foi encontrada forma de substituir o termo citado, mantendo a intenção do que é perguntado e avaliado pela medida PRWE.

3.1.3 O painel de utentes

O painel de utentes foi constituído por nove participantes, todos a realizar um programa de tratamentos de fisioterapia devido a lesão musculoesquelética do complexo articular punho/mão. A idade dos participantes variou entre 15 e 87 anos, sendo de referir que foi pedida autorização ao tutor legal do utente com 15 anos para que este pudesse integrar o painel. No que respeita à escolaridade, observou-se uma distribuição similar pelos diferentes níveis de ensino (Tabela 3).

Tabela 3. Características sociodemográficas do painel de utentes

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Idade | 43,8±22,3** |
| Género | |
| Masculino | 5 (55,5)* |
| Escolaridade | |
| Ensino básico | 3 (33,3)* |
| Ensino secundário | 4 (45,5)* |
| Estudos Superiores | 2 (22,2)* |
| Condição de saúde | |
| Lesões musculoesqueléticas | 9 (100,0)* |

*frequência (%); **média ± desvio-padrão

As entrevistas foram realizadas de forma individual, iniciando-se com uma breve explicação do trabalho a desenvolver e qual a sua importância. Seguidamente, foi pedido o preenchimento do questionário, lembrando que o mais importante não eram as respostas mas sim a formulação das perguntas. O tempo médio das entrevistas foi, aproximadamente, de 15 minutos.

A versão portuguesa da PRWE foi respondida, em média, em menos de 4 minutos, variando o tempo de preenchimento de 2 a 5 minutos, aproximadamente (Tabela 4).

Tabela 4. Tempo de preenchimento da PRWE

| n | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|---|--------|--------|-------|---------------|
| 9 | 2,21 | 5,37 | 3,62 | 0,88 |

Quanto à análise global do instrumento, e no que se prende com a clareza, compreensão e adequação a cada indivíduo e à sua situação em particular, resultou o consenso de que o questionário é breve, de fácil e rápida resposta, compreensível e útil. Foi igualmente unânime a opinião de que a linguagem utilizada é simples, clara e “familiar”.

Todos os inquiridos consideraram que a medida é adequada à sua situação, ainda que fossem identificadas tarefas diferentes das descritas que também poderiam fazer sentido no conteúdo da medida como, por exemplo, abrir uma garrafa de água.

Foi realizada uma análise individual de cada pergunta e respetiva escala de resposta, para que fosse possível verificar a facilidade e/ou dificuldades na compreensão dos termos usados, das instruções fornecidas, das questões e das respetivas opções de resposta, bem como das alternativas propostas pelos entrevistados, sempre que foi identificada a existência de um qualquer problema.

Nesta análise, não foram identificadas, pelo painel de utentes, recomendações para possíveis alterações ao *layout* da medida propriamente dita. De uma forma unânime, foi referido pelos inquiridos que as instruções dadas para o preenchimento da medida eram diretas, claras e sem qualquer problema de interpretação. De igual modo, as questões colocadas e a escala de resposta das mesmas não suscitaram dúvidas de interpretação.

3.2 Estudo da validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE

3.2.1 Amostra

A amostra foi constituída por 150 participantes, sendo que a maioria pertencia ao sexo feminino (66,0%). A idade média dos participantes foi de 54,6±16,2, sendo a idade mínima de 15 anos e a máxima de 89 anos. No que diz respeito à profissão, observou-se uma grande variedade de situações profissionais, predominando, no entanto, os utentes aposentados. As características sociodemográficas encontram-se descritas nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5. Idade

| n | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|-----|--------|--------|-------|---------------|
| 150 | 15 | 89 | 54,57 | 16,15 |

Tabela 6. Características Sociodemográficas

| | n | % |
|-------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 99 | 66,0 |
| Masculino | 51 | 34,0 |
| Profissão* | | |
| Grupo 1 | 5 | 3,3 |
| Grupo 2 | 30 | 20,0 |
| Grupo 3 | 2 | 1,3 |
| Grupo 4 | 2 | 1,3 |
| Grupo 5 | 35 | 23,3 |
| Grupo 6 | 1 | 0,7 |
| Grupo 7 | 16 | 10,7 |
| Grupo 8 | 3 | 2,0 |
| Grupo 9 | 7 | 4,7 |
| Aposentados | 45 | 30,0 |
| Desempregados | 4 | 2,7 |

*Profissões categorizadas de acordo com a classificação nacional do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2011⁸⁵: Grupo 1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos; Grupo 2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Grupo 3 – Técnicos e profissões de nível intermédio; Grupo 4 – Pessoal administrativo; Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Grupo 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; Grupo 7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Grupo 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; Grupo 9 – Trabalhadores não qualificados

NOTA: Por não se enquadrarem em nenhum dos grupos profissionais da classificação nacional definida pelo INE, os participantes aposentados e desempregados encontram-se em categorias distintas.

No que respeita às características clínicas, a artrose surgiu como a patologia mais comum na amostra (20,0%), com uma predominância dos sintomas por mais de 6 meses (46,7%). A mão mais afetada foi a mão direita (54%), sendo também esta a referida pela maior parte dos participantes como sendo a mão dominante (67,3%). No item, outras patologias, prevaleceu o dedo em gatilho com 2,0% (Tabela 7).

Tabela 7. Características Clínicas

| | n | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Patologias mais comuns | | |
| Artrose | 30 | 20,0 |
| Fratura | 27 | 18,0 |
| Tendinite | 27 | 18,0 |
| Síndrome do túnel cárpico | 25 | 16,7 |
| Lesão ligamentar | 14 | 9,3 |
| Síndrome de Quervain | 10 | 6,7 |
| Artrite reumatoide | 3 | 2,0 |
| Outras patologias | 14 | 9,3 |
| Duração dos sintomas | | |
| Menos de 1 mês | 31 | 20,7 |
| Entre 1 e 6 meses | 49 | 32,7 |
| Mais de 6 meses | 70 | 46,7 |
| Qual a mão afetada | | |
| Direita | 81 | 54,0 |
| Esquerda | 51 | 34,0 |
| Ambas | 18 | 12,0 |
| Mão dominante | | |
| Sim | 101 | 67,3 |
| Não | 49 | 32,7 |

3.2.2 A PRWE

Na Tabela 8 estão apresentadas as pontuações médias da medida PRWE. Para as dimensões e total da PRWE, não se verificaram efeitos de chão e teto.

Tabela 8. Estatísticas descritivas, efeito chão e efeito teto das dimensões e total da PRWE (n = 150)

| | Média±DP | Mínimo-Máximo* | Efeito chão (%) | Efeito teto (%) |
|----------------------------|-------------|----------------|-----------------|-----------------|
| PRWE Dor | 30,07±11,01 | 0,00 – 47,00 | 2,0 | 1,3 |
| PRWE Funcionalidade | 27,83±12,32 | 1,00 – 50,00 | 0,7 | 2,7 |
| PRWE Total | 57,90±21,23 | 9,00 – 96,00 | 0,7 | 0,7 |

*Resultados mais elevados correspondem a maior dor e menor funcionalidade

DP = Desvio-padrão

3.2.3 O QuickDASH e o VR-12

As pontuações médias do QuickDASH e das dimensões e sumários do VR-12 encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9. QuickDASH e VR-12 (n = 150)

| | Média±DP | Mínimo-Máximo |
|-----------------------|-------------|----------------|
| QuickDASH | 55,70±18,81 | 13,64 – 100,00 |
| VR-12 | | |
| Funcionamento Físico | 60,50±26,43 | 0,00 – 100,00 |
| Desempenho Físico | 47,06±26,65 | 0,00 – 100,00 |
| Dor | 40,33±25,05 | 0,00 – 100,00 |
| Saúde em geral | 44,20±26,80 | 0,00 – 100,00 |
| Vitalidade | 48,99±23,05 | 0,00 – 100,00 |
| Funcionamento Social | 66,83±28,45 | 0,00 – 100,00 |
| Desempenho mental | 59,22±26,37 | 0,00 – 100,00 |
| Saúde mental | 62,16±22,51 | 0,00 – 100,00 |
| Medida Sumário Física | 42,18±8,40 | 16,97 – 61,00 |
| Medida Sumário Mental | 45,65±10,28 | 18,79 – 66,79 |

DP = Desvio-padrão.

3.2.4 A Validade de Construção

Para o estudo da validade da PRWE, foram aplicados dois instrumentos de medição já validados e adaptados à população portuguesa: QuickDASH e VR-12.

Para avaliação da validade de construção foram analisadas as correlações entre os resultados da PRWE, o QuickDASH e os domínios e medidas sumárias do VR-12. Os resultados mostraram a existência de correlações positivas moderadas a fortes com o QuickDASH (entre 0,66 e 0,81) e correlações negativas, fracas a moderadas, com as dimensões e sumários do VR-12 (entre -0,25 e -0,51). De assinalar que as correlações mais elevadas se verificaram com a dimensão Dor do VR-12 (Tabela 10).

Tabela 10. Coeficientes de correlação entre as dimensões e total da PRWE, o QuickDASH e as dimensões do VR-12 (n = 150)

| | PRWE Dor | PRWE Funcionalidade | PRWE Total |
|-----------------------|-------------|------------------------|---------------|
| QuickDASH | 0,66 | 0,80 | 0,81 |
| VR-12 | | | |
| Funcionamento Físico | -0,30 | -0,34 | -0,35 |
| Domínio Físico | -0,51 | -0,36 | -0,39 |
| Dor | -0,48 | -0,43 | -0,50 |
| Saúde Geral | -0,31 | -0,25 | -0,30 |
| Vitalidade | -0,36 | -0,40 | -0,42 |
| Funcionamento Social | -0,33 | -0,42 | -0,42 |
| Desempenho Mental | -0,41 | -0,44 | -0,47 |
| Saúde Mental | -0,32 | -0,39 | -0,39 |
| Medida Sumário Física | -0,32 | -0,26 | -0,31 |
| Medida Sumário Mental | -0,34 | -0,43 | -0,43 |

Todas as correlações são significativas para $p < 0,001$

3.2.5 A Fiabilidade

Para a avaliação da reprodutibilidade teste-reteste, a PRWE foi aplicada a uma amostra de 135 sujeitos da amostra inicial, dois dias após o preenchimento da primeira aplicação. Como se pode observar na Tabela 11, todos os valores do CCI foram superiores a 0,80.

No que respeita à coerência interna, os valores de α de Cronbach para cada uma das dimensões e para o total da versão portuguesa da PRWE foram elevados, quer para as dimensões quer para a pontuação total (Tabela 11).

Tabela 11. Coerência interna e correlação intra-classe das dimensões e total da PRWE (n = 150)

| | Alfa de Cronbach | CCI | CCI (95% IC) |
|----------------------------|------------------|------|--------------|
| PRWE Dor | 0,89 | 0,81 | 0,71 – 0,87 |
| PRWE Funcionalidade | 0,95 | 0,88 | 0,82 – 0,92 |
| PRWE Total | 0,95 | 0,87 | 0,78 – 0,91 |

CCI = Correlação Intra-Classe; IC = Intervalo de Confiança a 95%.

3.3 Estudo do poder de resposta e significância clínica

Para a avaliação do poder de resposta da medida participaram 113 elementos da amostra inicial, que iniciaram um programa de tratamento com a duração entre 3 a 4 semanas. A comparação

dos resultados da PRWE entre o início e o término do programa de fisioterapia encontra-se descrita na Tabela 12.

Os resultados mostraram a existência de diferenças em todos os indicadores da PRWE, verificando-se uma diminuição estatisticamente significativa da disfuncionalidade (dor e função) ao longo do programa de fisioterapia (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação das dimensões e total da PRWE entre T0 e T1 (n = 113)

| | T0 | T1 | F* | p |
|----------------------------|-------------|-------------|-------|---------|
| | M±DP | M±DP | | |
| PRWE Dor | 29,44±10,65 | 21,47±12,53 | 70,96 | < 0,001 |
| PRWE Funcionalidade | 26,59±12,14 | 18,15±12,42 | 56,06 | < 0,001 |
| PRWE Total | 56,03±20,64 | 39,62±23,89 | 73,96 | < 0,001 |

*Análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas.

M = Média; DP = Desvio-padrão.

De igual modo, procedeu-se à comparação dos resultados no QuickDASH e no VR-12 entre o início e o final do programa de fisioterapia. Os resultados obtidos relativamente ao QuickDASH encontram-se na Tabela 13. Pode-se verificar a existência de uma diminuição estatisticamente significativa no resultado total do QuickDASH entre o início e o término do programa.

Tabela 13. Comparação do QuickDASH entre T0 e T1 (n = 112)

| | T0 | T1 | F* | p |
|------------------|-------------|-------------|-------|---------|
| | M±DP | M±DP | | |
| QuickDASH | 53,92±18,19 | 41,03±19,20 | 60,86 | < 0,001 |

*Análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas.

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão.

No que diz respeito às dimensões do VR-12, em termos globais, os resultados não indicaram a existência de diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação. As exceções foram os resultados nas dimensões, Desempenho físico e Dor, nas quais se verificou um aumento estatisticamente significativo entre T0 e T1, indicativo de melhoria nestas dimensões ao longo

do programa de fisioterapia. Relativamente às medidas sumárias do VR-12, na comparação entre T0 e T1, os resultados mostraram a existência de diferenças significativas apenas na medida sumária física, nomeadamente de um aumento entre o início e o final do programa de fisioterapia (Tabela 14).

Tabela 14. Comparação das dimensões e das medidas sumárias do VR-12 entre T0 e T1 (n = 111)

| | T0 | T1 | F* | p |
|------------------------------|-------------|-------------|-------|---------|
| | M±DP | M±DP | | |
| Funcionamento Físico | 63,06±27,15 | 66,44±26,86 | 2,56 | 0,112 |
| Desempenho Físico | 48,54±27,73 | 54,28±24,80 | 6,72 | 0,011 |
| Dor | 41,89±25,26 | 53,15±22,39 | 25,42 | < 0,001 |
| Saúde Geral | 45,68±26,86 | 45,41±26,89 | 0,19 | 0,892 |
| Vitalidade | 52,03±22,90 | 52,70±24,62 | 0,09 | 0,771 |
| Funcionamento Social | 68,02±29,42 | 70,50±26,59 | 1,33 | 0,251 |
| Desempenho Mental | 62,16±26,67 | 63,40±24,70 | 0,35 | 0,557 |
| Saúde Mental | 65,32±22,21 | 63,51±23,36 | 1,26 | 0,265 |
| Medida Sumário Física | 42,52±8,47 | 44,43±8,50 | 7,57 | 0,007 |
| Medida Sumário Mental | 46,65±10,10 | 46,73±10,05 | 0,01 | 0,906 |

*Análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas.

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão.

Em seguida, procedeu-se ao cálculo do *standardized effect size* (SES) do período de tratamento decorrido entre 3 a 4 semanas e da *standardized response mean* (SRM) dos indicadores da PRWE. Os resultados encontrados estão descritos na Tabela 15.

Tabela 15. Standardized Effect Size e Standardized Response Mean da PRWE (n = 113)

| | SES | (95% IC) | SRM | (95% IC) |
|----------------------------|------|-------------|------|-------------|
| PRWE Dor | 0,72 | (0,55-0,89) | 0,79 | (0,62-0,98) |
| PRWE Funcionalidade | 0,68 | (0,51-0,87) | 0,70 | (0,53-0,88) |
| PRWE Total | 0,77 | (0,59-0,95) | 0,81 | (0,63-0,99) |

SES = Standardized Effect Size; SRM = Standardized Response Mean; IC = Intervalo de Confiança a 95%.

Os valores obtidos para a Mínima Mudança Importante (MMI) e Mínima Mudança Detetável (MMD) podem ser observados na Tabela 16.

Tabela 16. Erro Padrão da Medida, Mínima Mudança Importante e Mínima Mudança Detetável da PRWE (n = 113)

| | EPM | MMI | MMD |
|----------------------------|------------|------------|------------|
| PRWE Dor | 4,80 | 4,20 | 13,30 |
| PRWE Funcionalidade | 4,27 | 4,53 | 11,83 |
| PRWE Total | 7,65 | 8,50 | 21,22 |

EPM = Erro Padrão da Medida; MMI = Mínima Mudança Importante; MMD = Mínima Mudança Detetável.

4. Discussão de resultados e conclusão

4.1 Discussão dos resultados

O objetivo deste trabalho prendeu-se com a adaptação cultural e validação da PRWE para a população portuguesa. Em termos gerais, os resultados obtidos sustentam a sua aplicação na população portuguesa e na avaliação da dor e funcionalidade em utentes com lesões musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão.

4.1.1 Adaptação cultural

Para a realização do processo de tradução da PRWE para a população portuguesa, foi seguida a metodologia sequencial proposta por Beaton *et al.*,⁷⁴ comumente recomendada pela literatura,⁵³ e utilizada noutras versões do instrumento de medição em análise.^{58,69} Assim, e tendo em consideração a metodologia adotada e os resultados obtidos, podemos afirmar que os itens da versão traduzida têm um significado idêntico aos da medida original, existindo coerência no significado dos conceitos entre ambas as culturas (canadiana e portuguesa), atestando a equivalência semântica da versão portuguesa da PRWE.

Conforme preconizado pelas *guidelines* existentes, o recurso a uma revisão clínica por um painel de profissionais da área e a um painel de pessoas comuns, faz parte integrante do processo de adaptação cultural.^{74,86,87} Na versão portuguesa da PRWE, o painel de sujeitos comuns foi realizado com recurso a 9 indivíduos com um leque de idades abrangente e diversos graus de escolaridade. Este painel pretendia representar, da melhor forma possível, a população em geral. Por outro lado, tratando-se a PRWE de uma medida que avalia lesões musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão, todos os participantes deste painel apresentavam essa condição. Os elementos deste painel consideraram que a medida não apresentava quaisquer problemas quanto à sua clareza e forma de preenchimento, referindo que outras perguntas também fariam sentido como, por exemplo, “abrir uma garrafa de água”. No entanto considerou-se que o mesmo poderia ser dito em relação a outras tarefas, e como não estava em causa acrescentar novos itens, mas sim analisar os que faziam parte da medida original (os quais não foram postos em causa) apenas se registou este comentário. Assim, face aos resultados obtidos, podemos concluir que, de forma geral, a PRWE é uma medida clara, de fácil resposta, compreensível e adequada à população a que se destina. Não se tratando de uma medida extensa, apresentou um tempo médio de preenchimento de quatro minutos. Desta feita, os resultados sugerem que a versão portuguesa da PRWE possui uma boa validade de conteúdo.

Adicionalmente, os resultados da adaptação cultural da versão portuguesa da PRWE são sobreponíveis aos resultados de outros estudos de adaptação desta medida e aos recentemente reportados num estudo transcultural da adaptação da PRWE.⁵⁸

4.1.2 Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 150 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino. Os elementos que constituem a amostra apresentam uma idade média de $54,57 \pm 16,15$ anos, tendo sido possível abranger um largo espectro de idades. Considerando a predominância do sexo feminino, bem como a idade média dos participantes é compreensível uma maior prevalência da artrose (20,0%) relativamente às restantes patologias. Com efeito, este facto pode dever-se, sobretudo, à idade, uma vez que a artrose é uma patologia que tende a surgir com o avançar da idade (a partir dos 50 anos) e afetando, principalmente, o sexo feminino.⁷

A maioria dos sujeitos apresenta uma duração de sintomas há mais de seis meses, referindo que a mão direita é a sua mão afetada, tratando-se da mão dominante na maioria dos casos. Para além da artrose, as patologias mais frequentes foram a fratura, a tendinite e a síndrome do túnel cárpico. A percentagem obtida nas fraturas comprova que estas são um dos diagnósticos mais comuns, de origem traumática e, normalmente, relacionada com o trabalho/atividades diárias,²⁷ afetando sujeitos ativos, em vários setores profissionais.^{29,30} Perante este quadro, e tendo em consideração que uma parte significativa da amostra se encontra em situação profissional ativa, é possível que muitos participantes se encontrem limitados nas suas funções e nos seus trabalhos, podendo implicar preocupações adicionais dos próprios serviços, bem como dos serviços de saúde e da segurança no trabalho,³¹ confirmando-se assim a problemática das LMERT.³ Relativamente ao item, outras patologias, verificou-se que entre as patologias mencionadas pelos utentes da presente amostra, tais como, amputação de dedos, esfacelo da mão e síndrome nodal, o dedo em gatilho apresentou uma prevalência maior, com 2,0% da amostra. Estes resultados vão ao encontro do descrito na literatura, dando conta da prevalência do dedo em gatilho entre 2 a 3% da população.²⁶

4.1.3 A PRWE

Na análise das características distribucionais de uma medida, verifica-se um efeito teto quando a distribuição da pontuação é assimétrica e determinada pela percentagem da população que

pontua nos mais elevados níveis da medida, impedindo a deteção da mudança no estado de saúde em situações de melhora. Por sua vez, o efeito chão observa-se quando uma proporção significativa dos sujeitos pontua no nível mais baixo da medida, o que pode comprometer a deteção de mudança em situações que piorem.⁸⁸ A presença dos efeitos teto e chão podem influenciar a sensibilidade e o poder de resposta, que são importantes propriedades psicométricas dos instrumentos de medição.⁸⁹

No presente estudo, não se verificaram efeitos de chão ou de teto, uma vez que os valores obtidos ficaram abaixo dos 15% dos indivíduos que obtiveram a pontuação máxima e mínima no momento de avaliação inicial.⁵³ Estes resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos que analisaram os mesmos efeitos, não tendo, também, encontrado uma ocorrência significativa de efeitos chão e teto nas dimensões e pontuação total da PRWE.^{16-18,60,62,65}

Na análise descritiva dos valores obtidos nas dimensões da PRWE, verificaram-se valores acima do ponto médio da escala, tanto para a subescala da Dor como para a subescala da Funcionalidade (ambos numa escala de 0 a 50; ponto médio = 25), o que ainda assim poderá indicar algum nível de incapacidade do complexo articular punho/mão na amostra. No mesmo sentido, no total da PRWE obteve-se uma pontuação média de 58 (numa escala de 0 a 100). O resultado total da PRWE é sobreponível com o resultado no *QuickDASH*, onde se obteve um valor médio de 56 (numa escala de 0 a 100). Esta congruência de valores era expectável, tendo em consideração que estas duas medidas avaliam patologias musculoesqueléticas do mesmo segmento corporal – membro superior.

No que concerne aos domínios e medidas sumárias do VR-12, a amostra apresentou pontuações médias mais elevadas, sobretudo nos domínios Funcionamento social, Saúde mental e Funcionamento físico. É de assinalar que os valores mais baixos foram observados nos domínios Dor (40) e Desempenho Físico (47), assim como na Medida sumário física (42). Globalmente, os resultados mais baixos nestas dimensões e medida sumária do RV-12 são consistentes com os resultados obtidos nas subescalas e total da PRWE.

4.1.4 Validade e fiabilidade da versão portuguesa da PRWE

Nos estudos de validade da versão portuguesa da PRWE, foram avaliadas as correlações entre as subescalas e total da PRWE com os valores obtidos no *QuickDASH* e domínios e sumários do VR-12. Os resultados obtidos demonstram a existência de correlações positivas, moderadas a fortes⁸³ com o resultado total do *QuickDASH*. Especificamente, os resultados mostram a

existência de uma correlação moderada com a subescala Dor ($r = 0,66$) e uma correlação forte com a subescala Funcionalidade da PRWE ($r = 0,80$), bem como com o total da PRWE ($r = 0,81$). Estas correlações são semelhantes às obtidas em outros estudos realizados no âmbito da adaptação e validação da PRWE, como por exemplo os estudos de validação da Itália, Finlândia e Polónia,^{60,63,66} ainda que estes tenham usado a versão longa do *QuickDASH* (DASH). Outros estudos, tendo também recorrido ao DASH, encontraram correlações de magnitude mais baixa, no entanto, também significativas e no sentido esperado.^{15,59,60} Estes resultados são expectáveis tendo em consideração que o *QuickDASH* tem como principal objetivo avaliar as diferentes patologias musculoesqueléticas do membro superior, incluindo o complexo articular punho/mão. Assim, podemos concluir que estes resultados atestam a validade convergente da versão portuguesa da PRWE.

Relativamente aos domínios e sumários do VR-12, obtiveram-se correlações negativas, e de magnitude fraca a moderada.⁸³ Das correlações obtidas, a mais elevada verificou-se com a dimensão Dor do VR-12 (-0,50), seguindo-se o Desempenho Mental (-0,47) e a Medida Sumário Mental (-0,43). A direção destas associações era expectável dado que quanto maiores os valores obtidos nas dimensões e total da PRWE (o que significa níveis mais elevados de dor e menor funcionalidade), menor a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde. O padrão de associações obtido neste estudo está em linha com os padrões observados em outros estudos de validação da PRWE, ainda que estes tenham utilizado o SF-36. De assinalar, no entanto, que as correlações obtidas no presente estudo foram semelhantes ou ligeiramente mais baixas que as correlações moderadas reportadas em outros estudos de validação da PRWE.^{18,57,60,61,63,65}

De realçar que seria de esperar correlações mais elevadas com a Medida Sumário Física do VR-12, uma vez que se trata de uma patologia musculoesquelética que influencia o desempenho e funcionamento diário, incluindo nos contextos profissionais. No entanto, foram encontradas correlações mais fortes com a medida sumário mental (-0,43) do que com a medida sumário física (-0,31). Estes resultados são discordantes, por exemplo, das correlações observadas nos estudos de validação do Brasil,⁶⁵ que foram mais fortes com a Medida Sumário Física do SF-36, mas semelhantes aos encontrados no estudo de validação na versão Alemã da PRWE.⁶⁰ Tendo em consideração a influência da dor e o impacto da mesma na vida do sujeito, uma possível explicação para as correlações mais fortes com as dimensões de saúde mental, poderá ser que uma perceção de maior dor e sobretudo de menor funcionalidade limite o desempenho de atividades da vida diária do sujeito, refletindo-se, por sua vez, num maior comprometimento da

sua saúde mental, principalmente em indivíduos profissionalmente ativos, como é o caso da nossa amostra .

No que diz respeito à fiabilidade, os resultados obtidos neste estudo demonstram, ainda, que a versão portuguesa da PRWE apresenta bons valores de fiabilidade no que se refere à coerência interna, bem como à sua reprodutibilidade.

No que concerne à coerência interna, na versão portuguesa da PRWE obtiveram-se valores de alfa de Cronbach entre 0,89 e 0,95, quer nas suas dimensões, quer no seu total, considerados bons valores de consistência interna.⁵³ Na Tabela 16 mostram-se os resultados relativos à consistência interna da versão portuguesa da PRWE e das suas subescalas, comparando-os com outros estudos de validação.^{15,17,18,60-63,68} Pelos valores descritos na Tabela 16 pode verificar-se a existência de valores de coerência interna globalmente elevados nas dimensões e total da PRWE, bem como a existência de uma grande similaridade entre os resultados obtidos nos diferentes estudos, o que suporta os resultados obtido na coerência interna da versão portuguesa da PRWE.

Tabela 18. Consistência interna da versão portuguesa da PRWE em comparação com outros estudos (alfa de Cronbach)

| | Pontuação Total | Subescala Dor | Subescala Função |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|
| Versão Portuguesa (2016) | 0,95 | 0,89 | 0,95 |
| Rodrigues (2015) | 0,92 | 0,85 | 0,89 |
| Fairplay (2012) | 0,96 | - | - |
| Navarro (2011) | 0,97 | 0,93 | 0,97 |
| Schonnemann (2013) | 0,94 | - | - |
| Wah (2006) | - | 0,92 | 0,95 |
| Mehta (2012) | 0,89 | 0,86 | 0,92 |
| Hemelaers (2008) | 0,89 | 0,81 | 0,85 |
| Kim (2013) | 0,94 | 0,93 | 0,95 |

Informação dos estudos apresentados recolhida e adaptada de Rodrigues (2015)¹⁵

Relativamente aos resultados obtidos no teste retest, estes mostram valores adequados de reprodutibilidade, da versão portuguesa da PRWE. Estes valores são semelhantes aos valores reportados na versão original,⁵⁷ bem como em outras adaptações e validações da PRWE realizadas em outras culturas.^{15,17,18,57,60,62,68} A título comparativo, na Tabela 17 apresenta-se uma síntese dos valores obtidos no presente estudo e em outros estudos de validação da PRWE.

Tabela 19. Valores de CCI das subescalas e total da PRWE – versão portuguesa em comparação com outros estudos

| | Pontuação Total | Subescala Dor | Subescala Função |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|
| Versão Portuguesa (2016) | 0,87 | 0,81 | 0,88 |
| Rodrigues (2015) | 0,90 | 0,90 | 0,92 |
| MacDermid (1998) | 0,90 | 0,90 | 0,88 |
| Schonnemann (2013) | 0,88 | - | - |
| Mehta (2012) | 0,81 | 0,76 | 0,85 |
| Hemelaers (2008) | 0,94 | 0,86 | 0,95 |
| Kim (2013) | 0,96 | 0,96 | 0,95 |
| Navarro (2011) | 0,93 | 0,89 | 0,92 |
| Sandelin (2015) | 0,99 | - | - |

CCI – Correlação intra-classe;

Informação dos estudos apresentados recolhida e adaptada de Rodrigues (2015)¹⁵

4.1.5 O poder de resposta e significância clínica da versão portuguesa da PRWE

Para a análise do poder de resposta e significância clínica foram comparadas as mudanças nos resultados das dimensões e total da PRWE após um programa de fisioterapia, que teve uma duração de três a quatro semanas. Os resultados obtidos revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas em todos os indicadores da PRWE, tendo-se verificado uma diminuição da disfuncionalidade (dor e função) causada pela patologia, ao longo do programa de tratamento. O sentido da evolução aponta para a existência de poder de resposta avaliado pelo instrumento em questão, demonstrando, também, a potencial eficácia da fisioterapia aplicada aos utentes com as diversas patologias musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão nas dimensões de dor e funcionalidade.

No presente estudo, os resultados obtidos com a PRWE apontam no mesmo sentido de evolução que os encontrados no QuickDASH e VR-12, quando avaliada a mudança ao longo do programa de fisioterapia. Com efeito, entre o início e final do programa, observou-se uma diminuição estatisticamente significativa no total do QuickDASH (isto é, diminuição da disfuncionalidade) e um aumento, também estatisticamente significativo, nas dimensões Desempenho Físico e Dor, bem como na Medida Sumário Físico (isto é, melhoria do estado de saúde avaliado por estas dimensões). Na medida em que estes resultados se reportam a duas medidas já adaptadas e validadas para a população portuguesa, os dados obtidos com a PRWE vêm confirmar a sua capacidade para detetar mudanças na população com lesões musculoesqueléticas do complexo articular punho/mão.

Para então concretizar a análise do poder de resposta da versão portuguesa da PRWE foi efetuada uma análise através do *standardized effect size* (SES) e do *standardized response mean* (SRM). Foram obtidos valores moderados de SES (entre 0,68 e 0,77) e valores moderados a grandes de SRM (entre 0,70 e 0,81) para as subescalas (dor e funcionalidade), bem como para o total da PRWE, após o período de 3 a 4 semanas, tempo em que foram iniciados e finalizados os tratamentos de fisioterapia. Tendo em consideração os valores obtidos, verifica-se que os resultados do SES são inferiores aos resultados da SRM, como seria de esperar.⁸⁴ Os valores obtidos demonstram que a versão portuguesa da PRWE apresenta um bom poder de resposta. Por exemplo, os valores de SES e SRM referidos em seis estudos,^{16,18,57,62,72,90} com utentes que apresentavam fratura distal do rádio, avaliados num período de 0 a 6 meses, foram superiores a 1. Já no estudo da versão Coreana da PRWE,¹⁷ na subescala função, os valores de SES e SRM foram moderados (menos de 0,8). De uma forma similar, a versão Dinamarquesa da PRWE,⁶⁸ também apresenta valores moderados de ES. Os resultados obtidos na versão portuguesa da PRWE, ao mostrarem-se sobretudo moderados, vão ao encontro dos resultados da versão Coreana e Dinamarquesa. Os resultados obtidos no nosso estudo poderão estar relacionados com o facto da amostra recolhida ser muito heterogénea, com indivíduos que apresentam uma grande variabilidade de patologias musculoesqueléticas. Por outro lado, é também de considerar a possibilidade de ter ocorrido algum viés ao longo das intervenções de fisioterapia, uma vez que estas foram realizadas por vários fisioterapeutas, em diferentes instituições.

Na análise da interpretabilidade da versão portuguesa da PRWE obtivemos valores do Erro Padrão da Medição (EPM), Mínima Mudança Detetável (MMD) e Mínima Mudança Importante (MMI). Uma correta avaliação dos valores da MMD ou da MMI numa determinada medida, é importante para a avaliação dos resultados, prognósticos e comunicação entre os profissionais de saúde. A MMI apresenta maior relevância na prática clínica quando comparada com a MMD, uma vez que esta avalia a mudança clinicamente significativa, sendo um melhor indicador da recuperação do utente, comparativamente à MMD, mais usada para indicar a alteração acima do EPM.

Através da análise dos valores do EPM, da MMD e da MMI, verifica-se alguma semelhança entre os valores do EPM e da MMI. Estes valores permitem verificar que a PRWE demonstra alguma sensibilidade à mudança, considerada importante, quer nas suas subescalas quer no total da PRWE, para além do erro da medição.⁵³ No entanto, os valores da MMD deveriam ser menores que os valores da MMI para se poder afirmar que o instrumento é capaz de detetar a MMI para além do erro de medição.⁵³ Tal não se verifica no presente estudo para nenhuma das subescalas nem para o total da PRWE. Neste sentido, encontra-se dificultado o processo de interpretação

das mudanças nas pontuações da medida, não sendo possível garantir que a mudança não é devida a um erro da medida.⁹¹

Numa revisão sistemática realizada por Mehta e colaboradores,⁷¹ os autores mencionam alguns estudos longitudinais,^{16,18,62,90,92} com duração entre 3 a 12 meses, onde foi calculada a MMD com um intervalo de confiança de 95%, tal como no presente estudo. Nesta revisão verifica-se que os resultados variam entre 15 e 23 para o resultado total, entre 9 e 29 para a subescala da Dor e entre 11 e 22 para a subescala da Função. Os resultados da versão portuguesa da PRWE, para as subescalas da Dor (13,30) e Função (11,83) encontram-se dentro dos intervalos desses estudos, assim como o valor total da PRWE (21,22). Ainda que o *follow-up* dos estudos mencionados sejam superiores ao *follow-up* do presente estudo (3 a 4 semanas), verifica-se que os resultados obtidos se enquadram dentro dos intervalos descritos pelos autores. No entanto, é de realçar que os resultados neste estudo são similares aos obtidos por Imaeda e colaboradores,⁹³ numa amostra de 112 utentes (*follow-up* de 3 meses), com diversas patologias do punho (crónicas e agudas), de composição semelhante à do presente estudo, também, composta por patologias diversas, quer do punho quer da mão. Neste sentido, é possível que os resultados possam ter sido mais influenciados pela natureza heterogénea da amostra, do que pelo intervalo de tempo decorrido entre o início e o final do programa de fisioterapia.

Na revisão sistemática de Mehta e colaboradores,⁷¹ foram identificados apenas dois estudos longitudinais, realizados num período de 3 e 6 meses, que avaliaram a MMI para a PRWE.^{90,92} Os resultados obtidos no estudo realizado por Schmitt e Di Fabio,⁹⁰ apresentam uma MMI de 24 para o resultado total. Por outro lado, Kim e Park⁹² apresentam, também para um resultado total, uma MMI de 17. Mais recentemente, num estudo realizado por Walenkamp *et al.*⁹⁴, com uma amostra de sujeitos com fratura distal do rádio (avaliados num período até 52 semanas após a fratura), encontraram valores de MMI de 11,5. Estes autores sugerem, também, que quanto maior for o tempo de *follow-up* do estudo, maior será a possibilidade de estimar valores mais elevados para o MMI. Comparativamente aos resultados obtidos nestes estudos, no presente estudo, o valor de MMI (em relação ao total da PRWE) foi mais baixo (8,50). Estes resultados poderão estar relacionados com o menor tempo de *follow-up* decorrido entre os dois momentos de avaliação (3 a 4 semanas), sendo um tempo mais curto que o dos estudos referidos, bem como com a heterogeneidade da nossa amostra. Por outro lado, tal como referem Terwee e colaboradores,⁵⁴ os métodos usados para calcular o MMI, baseados na distribuição ou baseados no método da âncora, também poderão influenciar os resultados obtidos. Apesar dos estudos referidos, assim como o presente estudo, terem usado métodos baseados na âncora, foram usados diferentes critérios na definição das âncoras e, por

consequente, no cálculo da MMI. Assim, é possível que o método usado no presente estudo possa também justificar os valores mais baixos de MMI obtidos.

Uma vez que os profissionais de saúde apresentam a necessidade de uma referência medidora da alteração no estado de saúde de um utente, individualmente, a MMD apresenta-se como uma opção razoável perante a escassez de estudos que descrevam a MMI. Tanto o SES como a MMD variam de acordo com os contextos clínicos, uma vez que são dependentes da confiabilidade e variabilidade populacional.

4.1.7 Limitações do estudo

O presente estudo não está isento de limitações. Apesar de a amostra ter sido recolhida em diferentes locais do país, o método de amostragem foi de conveniência e é composta por uma grande variedade de patologias, não se garantindo, assim, a representatividade da amostra e, consequentemente a generalização dos resultados. O facto de a intervenção ter sido aplicada por vários fisioterapeutas, poderá também ser indicado como uma limitação, na medida em que pode ter influenciado os resultados relativos ao poder de resposta. Em estudos futuros, estudar a PRWE em amostras mais homogêneas, em termos de patologias musculoesqueléticas, pode ser de grande relevância.

4.2 Conclusões

Tendo em consideração os resultados obtidos, podemos concluir que a versão portuguesa da PRWE apresenta equivalência semântica com a versão original, bem como bons valores de fiabilidade e validade. Foi ainda possível verificar a existência de poder de resposta e valores de significância clínica da medida em questão. Assim, considerando a utilidade deste tipo de medidas para a fisioterapia, face aos resultados obtidos, recomenda-se o uso da PRWE tanto na prática clínica como na investigação.

Referências Bibliográficas

1. Aido R, Massada DM, Soares D, Sousa M, Magalhães C. Lesões no desporto universitário português - estudo epidemiológico nas XXV e XXVI universiadas de verão. 2012;3(2):26-28.
2. Duarte F, Serranheira F. Prevalência de sintomas associados a lesões musculoesqueléticas na atividade profissional dos higienistas orais. *Rev. Port. Saúde Pública* 2015;3(1):49-56. doi:10.1016/j.rpsp.2014.10.003.
3. Serranheira F, Cotrim T, Rodrigues V, Nunes C, Sousa-Uva A. Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? *Rev. Port. Saude Publica* 2012;30(2):193-203. doi:10.1016/j.rpsp.2012.10.001.
4. Matthews D. Injuries to the Hand and Wrist. *Newsl. Am. Orthop. Soc. Sport. Med.* 2008;(May/June).
5. Uva AS, Carnide F, Serranheira F, Miranda LC, Lopes MF. Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho. *Guia Orientação para a Prevenção. Ministério da Saúde, Programa Nac. Contra as Doenças Reumáticas* 2008:28.
6. Barr AE, Barbe MF, Clark BD. Work-related musculoskeletal disorders of the hand and wrist: epidemiology, pathophysiology, and sensorimotor changes. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 2004;34(10):610-627. doi:10.2519/jospt.2004.1399.
7. Proença A. *Ortopedia E Traumatologia - Noções Essenciais*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2006.
8. Noronha TT, Costa AC de S, Lima AB. THE PHYSICAL THERAPY INTERVENTION IN INJURIES OF WRIST AND HAND : *Rev. Científica do Unisalesiano - LINS - SP* 2011;4:229-238.
9. Deshpande P, Sudeepthi BI, Rajan S, Abdul Nazir C. Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspect. Clin. Res.* 2011;2(4):137. doi:10.4103/2229-3485.86879.
10. Albanese L, Brondo L, Deveikis L, et al. Traducción al castellano y adaptación transcultural del Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE). 2014.
11. Ferreira PL, Marques FB. Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: *Cent. Estud. e Investig. em Saúde da Univ. Coimbra* 1998:0-24.
12. MacDermid JC. Development of a scale for patient rating of wrist pain and disability. *J. Hand Ther.* 1996;9(2):178-183. doi:10.1016/S0894-1130(96)80076-7.
13. Changulani M, Okonkwo U, Keswani T, Kalairajah Y. Outcome evaluation measures for wrist and hand - Which one to choose? *Int. Orthop.* 2008;32(1):1-6. doi:10.1007/s00264-007-0368-z.
14. *The Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE) User Manual.*; 2011.
15. da Silva Rodrigues EK, de Cássia Registro Fonseca M, MacDermid JC. Brazilian version of the Patient Rated Wrist Evaluation (PRWE-BR): Cross-cultural adaptation, internal consistency, test-retest reliability and construct validity. *J. Hand Ther.* 2015;28(1):69-76. doi:10.1016/j.jht.2014.09.008.

16. Omokawa S, Imaeda T, Sawaizumi T, et al. Responsiveness of the Japanese version of the patient-rated wrist evaluation (PRWE-J) and physical impairment measurements in evaluating recovery after treatment of ulnocarpal abutment syndrome. *J. Orthop. Sci.* 2012;17(5):551-555. doi:10.1007/s00776-012-0265-1.
17. Kim JK, Kang JS. Evaluation of the Korean version of the patient-rated wrist evaluation. *J. Hand Ther.* 2013;26(3):238-244. doi:10.1016/j.jht.2013.01.003.
18. Mellstrand Navarro C, Ponzer S, Törnkvist H, Ahrengart L, Bergström G. Measuring Outcome after Wrist Injury: Translation and Validation of the Swedish Version of the Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE-Swe). *BMC Musculoskelet. Disord.* 2011;12(1):171. doi:10.1186/1471-2474-12-171.
19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila. Pa. 1976).* 2001;25(24):3186-3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014.
20. Tang JB. General concepts of wrist biomechanics and a view from other species. *J. Hand Surg. Eur. Vol.* 2008;33(4):519-525. doi:10.1177/1753193408090108.
21. Valero-Cuevas FJ. An integrative approach to the biomechanical function and neuromuscular control of the fingers. *J. Biomech.* 2005;38(4):673-684. doi:10.1016/j.jbiomech.2004.04.006.
22. Kirchberger MC, Unglaub F, Mulhldorfer-Fodor M, et al. Update TFCC: histology and pathology, classification, examination and diagnostics. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 2015;135(3):427-437. doi:10.1007/s00402-015-2153-6.
23. Chan, Jimmy J.; Ring D. Prevalence of Triangular Fibrocartilage Complex Abnormalities Regardless of Symptoms Rise With Age: Systematic Review and Pooled Analysis. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2014;472(12):3995-3996. doi:10.1007/s11999-014-3890-5.
24. J Adams RH. Tendinopathies of Hand and Wrist. *Jaaos* 2015;23(12):741-750. doi:10.1016/j.cuor.2003.09.001.
25. Darowish M, Sharma J. Evaluation and treatment of chronic hand conditions. *Med. Clin. North Am.* 2014;98(4):801-815. doi:10.1016/j.mcna.2014.03.006.
26. Dias JJ, Dhukaram V, Kumar P. The natural history of untreated dorsal wrist ganglia and patient reported outcome 6 years after intervention. *J. Hand Surg. Eur. Vol.* 2007;32(5):502-508. doi:10.1016/j.jhse.2007.05.007.
27. Oliveira TP De, Sime MM, Firmo J, Costa B, Serrat I, Ferrigno V. Estudo retrospectivo dos acidentes traumáticos da mão relacionados ao trabalho. 2013:339-349. doi:10.4322/cto.2013.035.
28. Judas F, Matos P. *Patologia Cirúrgica Do Cotovelo , Antebraço , Punho E Mão - Conceitos Essenciais.*; 2011. Available at: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1202>.
29. E.Schneider XI, Report O. *Work-Related Musculoskeletal Disorders in the EU — Facts and Figures.*; 2010. doi:10.2802/10952.
30. Zinta Podniece, Andrew Pinder and Iiz Yeomans, Swenneke van den Heuvel, Birgitte Blatter, Marthe Verjans KM. *Work-Related Musculoskeletal Disorders : Back to Work Report.* Luxembourg; 2007.
31. Luttman A, Jäger M, Griefhan B. *La Prévention Des Troubles Musculo-Squelettiques Sur Le Lieu de Travail.*; 2004. Available at:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42802/1/9242590532.pdf>.

32. Serranheira F, Uva ADS, Espírito-Santo J. Estratégia de avaliação do risco de lesões músculo-esqueléticas de membros superiores ligadas ao trabalho aplicada na indústria de abate e desmancha de carne em Portugal. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2009;34(119):58-66. doi:10.1590/S0303-76572009000100007.
33. Duarte F, Serranheira F. Prevalência de sintomas associados a lesões musculoesqueléticas na atividade profissional dos higienistas orais. *Rev. Port. Saúde Pública* 2015;3(1):49-56. doi:10.1016/j.rpsp.2014.10.003.
34. Karnath B. Common Musculoskeletal Problems of the Upper Extremity. *Hosp. Physician* 2003;(January):48-52,71.
35. T.W.J. H, T. P. *National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid Arthritis: National Clinical Guideline for Management and Treatment in Adults*. London: Royal College of Physicians doi:10.1016/B978-0-7020-5514-0.00079-8.
36. *Management of Early Rheumatoid Arthritis - A National Clinical Guideline*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011.
37. Huizinga, Tom WJ.; Pincus T. Rheumatoid Arthritis. *J. Am. Med. Assoc.* 2010;305(17):2014. doi:10.1093/med/9780199556755.001.0001.
38. Noronha TT. A Intervenção da Fisioterapia nas Lesões Traumáticas de Punho e Mão: Relato de Caso. 2011.
39. Workplace Injuries, carpal tunnel syndrome. *Physiother. Assoc. Br. Columbia*:23-23.
40. Huisstede BM, van Middelkoop M, Randsdorp MS, Glerum S, Koes BW. Effectiveness of Interventions of Specific Complaints of the Arm, Neck, and/or Shoulder: 3 Musculoskeletal Disorders of the Hand. An Update. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2010;91(2):298-314. doi:10.1016/j.apmr.2009.09.023.
41. Van Eerd D, Munhall C, Irvin E, et al. Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence. *Occup. Environ. Med.* 2015:1-9. doi:10.1136/oemed-2015-102992.
42. Menta R, Randhawa K, Côté P, et al. The effectiveness of exercise for the management of musculoskeletal disorders and injuries of the elbow, forearm, wrist, and hand: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *J. Manipulative Physiol. Ther.* 2015;38(7):507-520. doi:10.1016/j.jmpt.2015.06.002.
43. Maddali Bongi S, Signorini M, Bassetti M, Del Rosso A, Orlandi M, De Scisciolo G. A manual therapy intervention improves symptoms in patients with carpal tunnel syndrome: A pilot study. *Rheumatol. Int.* 2013;33(5):1233-1241. doi:10.1007/s00296-012-2507-0.
44. Rostami HR, Arefi A, Tabatabaei S. Effect of mirror therapy on hand function in patients with hand orthopaedic injuries: a randomized controlled trial. *Disabil. Rehabil.* 2013;35(19):1647-51. doi:10.3109/09638288.2012.751132.
45. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray J, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *Bmj* 1996;312(7023):71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.
46. Gil JAN. Medição e avaliação em fisioterapia. *Saúde &Tecnologias* 2011;6:5-9. Available

at: http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/st6_art1.pdf.

47. Rothstein JM, Campbell SK, Dominion O, et al. Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. Standards for tests and measurements in physical therapy practice. *Phys. Ther.* 1991;71(8):589-622. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1852798>.
48. Mendes, Rosa Campos; Perloiro M de F. Seleção e Caracterização de Instrumentos de Medida Úteis à Intervenção da Fisioterapia em Idosos Institucionalizados. *EssFisiOnline* 2006;Vol.2,nº3:3-25.
49. Squire A. *Saúde E Bem-Estar Para Pessoas Idosas, Fundamentos Básicos Para a Prática*. 2ª Edição. Lusociência; 2005.
50. Polit D, Hungler B. *Critérios Para La Evaluación Y Selección de Herramientas de Medición*. 4ª ed. (Polit D, Hungler B, eds.). Spanish: Interamericana MacGraw-Hill; 1994.
51. Steiner W a, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys. Ther.* 2002;82(11):1098-1107.
52. Lebreton JM. *Answers to 20 Questions and Interrater Agreement.*; 2007. doi:10.1177/1094428106296642.
53. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J. Clin. Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.
54. Terwee CB, Roorda LD, Dekker J, et al. Mind the MIC: large variation among populations and methods. *J. Clin. Epidemiol.* 2010;63(5):524-534. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.08.010.
55. de Vet HC, Terwee CB, Ostelo RW, Beckerman H, Knol DL, Bouter LM. Minimal changes in health status questionnaires: distinction between minimally detectable change and minimally important change. *Health Qual. Life Outcomes* 2006;4(Mic):54. doi:10.1186/1477-7525-4-54.
56. Branco, Jaime C.; Baptista TM. *A Dor E as Suas Circunstâncias*. Lisboa: LIDEL; 2012.
57. MacDermid JC, Turgeon T, Richards RS, Beadle M, Roth JH. Patient Rating of Wrist Pain and Disability: A Reliable and Valid Measurement Tool. *J. Orthop. Trauma* 1998;Vol. 12:577-586.
58. Goldhahn J, Shisha T, MacDermid JC, Goldhahn S. Multilingual cross-cultural adaptation of the patient-rated wrist evaluation (PRWE) into Czech, French, Hungarian, Italian, Portuguese (Brazil), Russian and Ukrainian. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 2013;133(5):589-593. doi:10.1007/s00402-013-1694-9.
59. Hasani FN, MacDermid JC, Tang A, Kho ME. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Arabic version of the Patient-Rated Wrist Hand Evaluation (PRWHE-A) in Saudi Arabia. *J. Hand Ther.* 2015;28(4):412-420. doi:10.1016/j.jht.2015.05.003.
60. Hemelaers L, Angst F, Drerup S, Simmen BR, Wood-Dauphinee S. Reliability and Validity of the German Version of "The Patient-rated Wrist Evaluation (PRWE)" as an Outcome Measure of Wrist Pain and Disability in Patients with Acute Distal Radius Fractures. *J. Hand Ther.* 2008;21(4):366-376. doi:10.1197/j.jht.2008.03.002.
61. Wah JWM, Wang MKW, Ping CLTW. Construct validity of the chinese version of the

- patient-rated wrist evaluation questionnaire (PRWE-Hong Kong version). *J. Hand Ther.* 2006;19(1):18-27. doi:10.1197/j.jht.2005.10.003.
62. Mehta SP, Mhatre B, MacDermid JC, Mehta A. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Hindi version of the patient-rated wrist evaluation. *J. Hand Ther.* 2012;25(1):65-78. doi:10.1016/j.jht.2011.08.001.
 63. Fairplay T, Atzei A, Corradi M, Luchetti R, Cozzolino R, Schoenhuber R. Cross-cultural adaptation and validation of the Italian version of the patient-rated wrist/hand evaluation questionnaire. *J. Hand Surg. (European Vol.* 2012;37(9):863-870. doi:10.1177/1753193412445160.
 64. Ozturk O, Sari Z, Ozturk B, Tasyikan L. Validity and reliability of the Turkish "Patient-Rated Wrist Evaluation" questionnaire. *Acta Orthop. Traumatol. Turc.* 2015;49(2):120-125. doi:10.3944/AOTT.2015.14.0208.
 65. Rodrigues EK da S, Fonseca MDCR, Macdermid JC. Brazilian version of the Patient Rated Wrist Evaluation (PRWE-BR): Cross-cultural adaptation, internal consistency, test-retest reliability and construct validity. *J. Hand Ther.* 2015;28(1):69-76. doi:10.1016/j.jht.2014.09.008.
 66. Czarnecki P, Wawrzyniak-Bieleń A, Romanowski L. Polish Adaptation of Wrist Evaluation Questionnaires. *Ortop. Traumatol. Rehabil.* 2015;17(3):241-248. doi:10.5604/15093492.1162423.
 67. Moumni M El, Van Eck ME, Wendt KW, Reininga IHF, Mookkink LB. Research Report. *Am. Phys. Ther. Assoc.* 2016;94(8):1135-1143. doi:10.1111/j.1467-9639.1991.tb00167.x.
 68. Schønnemann JO, Hansen TB, Søballe K. Translation and validation of the Danish version of the Patient Rated Wrist Evaluation questionnaire. *J. Plast. Surg. Hand Surg.* 2013;47(November 2012):1-4. doi:10.3109/2000656X.2013.787934.
 69. Sandelin H, Jalanko T, Huhtala H, Lassila H, Haapala J, Helkamaa T. Translation and Validation of the Finnish Version of the Patient-Rated Wrist Evaluation Questionnaire (PRWE) in Patients With Acute Distal Radius Fracture. *Scand. J. Surg.* 2015:1-7. doi:10.1177/1457496915613649.
 70. Taylor, Julie; Kersten P. The Patient-Rated Wrist and Hand Evaluation : a systematic review of its validity and reliability. *New Zeal. J. Physiotherapy* 2011:141-147.
 71. Mehta SP, MacDermid JC, Richardson J, MacIntyre NJ, Grewal R. A systematic review of the measurement properties of the patient-rated wrist evaluation. *J. Orthop. Sport. Phys. Ther.* 2015;45(4):289-298. doi:10.1016/j.jht.2011.07.018.
 72. MacDermid JC, Tottenham V. Responsiveness of the disability of the arm, shoulder, and hand (DASH) and patient-rated wrist/hand evaluation (PRWHE) in evaluating change after hand therapy. *J. Hand Ther.* 2004;17:18-23. doi:10.1197/j.jht.2003.10.003.
 73. Packham T, Macdermid JC. Measurement properties of the Patient-Rated Wrist and Hand Evaluation: Rasch analysis of responses from a traumatic hand injury population. *J. Hand Ther.* 2013;26(3):216-224. doi:10.1016/j.jht.2012.12.006.
 74. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila. Pa. 1976).* 2000;25(24):3186-3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014.
 75. Seo KN, Park MJ, Kang HJ. Anatomic reconstruction of the distal radioulnar ligament for

- posttraumatic distal radioulnar joint instability. *Clin. Orthop. Surg.* 2009;1(3):138-45. doi:10.4055/cios.2009.1.3.138.
76. Iqbal S, Selim A, Qian S, et al. The Veterans RAND 12 Item Health Survey (VR-12): What It Is and How It Is Used. *Qual. Life Res.* 2009;18(1):43-52.
 77. Busija L, Pausenberger E, Haines TP, Haymes S, Buchbinder R, Osborne RH. Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36) and Short Form 12-Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Sh. *Arthritis Care Res. (Hoboken).* 2011;63 Suppl 1(November):S383-412. doi:10.1002/acr.20541.
 78. Kazis LE, Selim A, Rogers W, Ren XS, Lee A, Miller DR. Dissemination of Methods and Results From the Veterans. 2006;29(4):310-319.
 79. Spiro A, Rogers WH, Qian S, Kazis L. Imputing the Physical and Mental Summary Scores (PCS and MCS) for the MOS SF-36 and the Veterans SF-36 Health Survey in the presence of Missing Data Updated and Complete Report * July 2004 * Technical Report prepared by : The Health Outcomes Technologie. 2007;(January):1-48.
 80. Santos J dos, Gonçalves RS. Adaptação e validação cultural da versão portuguesa do Disabilities of the Arm Shoulder and Hand - DASH. *Rev. Port. Ortop. e Traumatol.* 2006;14(III):29-44.
 81. Correia NCM. Estratégia de Aplicação de ferramentas de apoio à Gestão da Performance Humana em Ambientes Lean. 2009.
 82. Copay AG, Subach BR, Glassman SD, Polly DW, Schuler TC. Understanding the minimum clinically important difference: a review of concepts and methods. *Spine J.* 2007;7(5):541-6. doi:10.1016/j.spinee.2007.01.008.
 83. Fermanian J. Measuring agreement between 2 observers: A quantitative case. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1984;32:408-13.
 84. Husted J a, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *J. Clin. Epidemiol.* 2000;53(5):459-468. doi:10.1016/S0895-4356(99)00206-1.
 85. Instituto Nacional de Estatística IP. *Classificação Portuguesa Das Profissões 2010.* (Lisboa: INE IP, ed.); 2011.
 86. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Qual. Life Res.* 2002;11(3):193-205. doi:10.1023/A:1015291021312.
 87. Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund I, McKenna S. Cross-cultural adaptation of health measures. European Group for Health Management and Quality of Life Assessment. *Health Policy* 1991;19(1):33-44. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10117390>.
 88. Bennett SJ, Oldridge NB, Eckert GJ, et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Qual. Life Res.* 2002;11(4):349-359. doi:10.1023/A:1015547713061.
 89. Oliveira A dos S, Santos VLCG. Responsividade dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida de Ferrans & Powers : uma revisão bibliográfica Responsiveness of instruments for assessing quality of life of Ferrans & Powers : a literature review.

2011;24(6):839-844.

90. Schmitt JS, Di Fabio RP. Reliable change and minimum important difference (MID) proportions facilitated group responsiveness comparisons using individual threshold criteria. *J. Clin. Epidemiol.* 2004;57(10):1008-1018. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.02.007.
91. Vet HCW de, Terwee CB. The minimal detectable change cannot reliably replace the minimal important difference. *J. Clin. Epidemiol.* 2010;63(1):28-36. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.01.024.
92. Kim JK, Park ES. Comparative responsiveness and minimal clinically important differences for idiopathic ulnar impaction syndrome hand. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2013;471(5):1406-1411. doi:10.1007/s11999-013-2843-8.
93. Imaeda T, Uchiyama S, Wada T, et al. Reliability, validity, and responsiveness of the Japanese version of the patient-rated wrist evaluation. *J. Orthop. Sci.* 2010;15(4):509-517. doi:10.1007/s00776-010-1477-x.
94. Walenkamp MMJ, de Muinck Keizer RJ, Goslings JC, Vos LM, Rosenwasser MP, Schep NWL. The Minimum Clinically Important Difference of the Patient-rated Wrist Evaluation Score for Patients With Distal Radius Fractures. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2015;473(10):3235-3241. doi:10.1007/s11999-015-4376-9.

Anexos

Anexo I – Questionário de informação sociodemográfica e clínica

Exmo/a Senhor/a

No âmbito da dissertação de Mestrado em Fisioterapia – Especialização no Movimento Humano, pretende-se validar um instrumento de medição que pretende avaliar a dor e a função em indivíduos com problemas do punho/mão.

Agradecemos, assim o seu contributo ao preencher os dados requisitados, bem como os questionários seguintes. Toda a informação recolhida é confidencial e anónima.

Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado!

Dados Sociodemográficos

1. Qual o seu sexo? ₁ Masculino ₂ Feminino

2. Qual a sua idade? _____ anos
3. Qual a sua profissão? _____

4. Qual o problema que tem no seu punho/mão?
 - ₁ fratura
 - ₂ Síndrome do túnel cárpico
 - ₃ Síndrome de Quervain
 - ₄ Lesão ligamentar
 - ₅ Artrite reumatoide
 - ₆ Artrose
 - ₇ Tendinite
 - ₈ Outro. Qual? _____

5. Duração dos sintomas
 - ₁ Menos de 1 mês
 - ₂ Entre 1 e 6 meses
 - ₃ Mais de 6 meses

6. Qual a mão afetada? ₁ Direita ₂ Esquerda
7. É a sua mão dominante? ₁ Sim ₂ Não

OBRIGADO, PELO TEMPO DISPENSADO E POR PARTILHAR CONNOSCO A SUA OPINIÃO

Anexo II – Versão Portuguesa da PRWE (*Patient-Rated Wrist Evaluation score*)

AVALIAÇÃO DO PUNHO FEITA PELO DOENTE (PRWE)

As perguntas que se seguem vão ajudar-nos a compreender o grau de dificuldade que teve no punho na última semana. Irá descrever, numa escala de 0-10, os sintomas que em **média** teve no punho **na semana passada**. Por favor, responda a **TODAS** as perguntas. Se não tiver feito uma atividade, por favor, **IMAGINE** a dor ou dificuldade que teria. Se **nunca** fez essa atividade pode deixar em branco.

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---|---|---|---|---|----------------|---|---|---|----|
| 1. DOR | | | | | | | | | | | |
| Numa escala de 0-10, pontue a dor média que sentiu no punho na semana passada, fazendo um círculo à volta do número que melhor descreve essa dor. Zero (0) significa que não teve qualquer dor e dez (10) significa a pior dor que alguma vez sentiu ou que não pôde desempenhar a atividade por causa da dor . | | | | | | | | | | | |
| Classifique a sua DOR: Escala (exemplo) → | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Sem dor | | | | | | Pior de sempre | | | | |
| Em repouso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Quando faz uma tarefa com um movimento repetido do punho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Quando levanta um objeto pesado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Quando está no seu pior | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Com que frequência tem dor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Nunca | | | | | | Sempre | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---|---|---|---|---|------------------|---|---|---|----|
| 2. FUNÇÃO | | | | | | | | | | | |
| A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS | | | | | | | | | | | |
| Numa escala de 0-10, pontue o grau de dificuldade que teve ao desempenhar as atividades que se seguem – na semana passada, fazendo um círculo à volta do número que melhor descreve essa dificuldade. Zero (0) significa que não teve qualquer dificuldade e dez (10) significa que a dificuldade foi tanta que foi incapaz de executar a atividade. | | | | | | | | | | | |
| Escala (exemplo) → | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Sem dificuldade | | | | | | Incapaz de fazer | | | | |
| Girar a maçaneta da porta com a mão afetada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Cortar carne usando uma faca na mão afetada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Abotoar uma camisa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Usar a mão afetada para me levantar de uma cadeira | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Carregar um objeto de 5kg com a mão afetada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Usar o papel higiénico com a mão afetada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| B. ATIVIDADES HABITUAIS | | | | | | | | | | | |
| Numa escala de 0-10, pontue o grau de dificuldade que teve ao executar as suas atividades habituais em cada uma das seguintes áreas, na semana passada, fazendo um círculo à volta do número que melhor descreve essa dificuldade. Com a expressão “atividades habituais” pretendemos referir-nos às atividades que desempenhava antes de ter o problema no punho. Um zero (0) significa que não teve qualquer dificuldade e um dez (10) significa que a dificuldade foi tanta que não foi capaz de executar nenhuma das suas atividades habituais. | | | | | | | | | | | |
| Atividades de cuidados pessoais (vestir, lavar) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Trabalho doméstico (limpeza, arrumação) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Trabalho (o seu emprego ou trabalho diário habitual) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Atividades recreativas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

THE **QuickDASH**
OUTCOME MEASURE

INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a *todas* as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com *maior probabilidade* de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



QuickDASH

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

| | NENHUMA DIFICULDADE | POUCA DIFICULDADE | ALGUMA DIFICULDADE | MUITA DIFICULDADE | INCAPAZ |
|--|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| 1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Carregar um saco de compras ou uma pasta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Lavar as costas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Usar uma faca para cortar alimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.). | | | | | |
| 6. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | NÃO AFECTOU POUCO | AFECTOU | AFECTOU MUITO | AFECTOU | INCAPACITOU | NADA |
|---|----------------------|---------|------------------|---------|-------------|------|
| 8. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| | NÃO LIMITOU NADA | LIMITOU POUCO | LIMITOU | LIMITOU MUITO | INCAPACITOU |
|--|---------------------|------------------|---------|------------------|-------------|
| 8. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

| | NENHUMA | POUCA | ALGUMA | MUITA | EXTREMA |
|---|---------|-------|--------|-------|---------|
| 9. Dor no braço, ombro ou mão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | NENHUMA DIFICULDADE | POUCA DIFICULDADE | ALGUMA DIFICULDADE | MUITA DIFICULDADE | DADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR |
|--|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|
| 11. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PONTUAÇÃO QuickDASH INCAPACIDADES/SINTOMAS = [(soma de n respostas) - 1] x 25, onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação QuickDASH se existir mais de 1 item não válidos.

MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão / actividade : _____

Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

| | NENHUMA DIFICULDADE | POUCA DIFICULDADE | ALGUMA DIFICULDADE | MUITA DIFICULDADE | INCAPAZ |
|---|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| 1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. fazer o seu trabalho no tempo habitual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca *um instrumento musical*, pratica *desporto* ou *ambos*. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si : _____

Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

| | NENHUMA DIFICULDADE | POUCA DIFICULDADE | ALGUMA DIFICULDADE | MUITA DIFICULDADE | INCAPAZ |
|--|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| 1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-12v2)

Instruções para o preenchimento deste questionário

Por favor responda a todas as perguntas. Algumas perguntas podem parecer parecidas com outras, mas todas são diferentes. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais cuidadosamente possível.

A SUA SAÚDE EM GERAL

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

| | | | | |
|-----------|-----------|-----|----------|-------|
| Excelente | Muito boa | Boa | Razoável | Fraca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

| | Sim, muito limitado/a | Sim, um pouco limitado/a | Não, nada limitado/a |
|---|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| a. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa | 1 | 2 | 3 |
| b. Subir vários lanços de escada | 1 | 2 | 3 |

3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

| | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|--|--------|------------------------------|----------------|----------------|-------|
| Quanto tempo, nas últimas quatro semanas... | | | | | |
| a. Fez menos do que queria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

| Quanto tempo, nas últimas quatro semanas... | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|---|--------|------------------------------|----------------|----------------|-------|
| a. Fez menos do que queria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

| Absolutamente nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Imenso |
|--------------------|-------|---------------|----------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

| Quanto tempo, nas últimas quatro semanas... | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|--|--------|------------------------------|----------------|----------------|-------|
| a. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Se sentiu com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Se sentiu deprimido/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

| Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|--------|---------------------------|----------------|----------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MUITO OBRIGADO

Anexo V – Escala subjetiva de percepção da mudança (Âncora)

Por fim diga-nos;

Comparando com o que acontecia há 4 semanas:

Como descreve a sua evolução em relação à dor do seu punho/mão (marque na coluna da Esquerda)

e à funcionalidade do seu punho/mão (marque na coluna da Direita)

| Dor | | Funcionalidade |
|-----|--|----------------|
| +7 | Muitíssimo melhor | +7 |
| +6 | Muito melhor | +6 |
| +5 | Bastante melhor | +5 |
| +4 | Moderadamente melhor | +4 |
| +3 | Um pouco melhor | +3 |
| +2 | Ligeiramente melhor | +2 |
| +1 | Quase na mesma, praticamente sem qualquer melhoria | +1 |
| 0 | Sem alterações | 0 |
| -1 | Quase na mesma, talvez um tudo nada pior | -1 |
| -2 | Ligeiramente pior | -2 |
| -3 | Um pouco pior | -3 |
| -4 | Moderadamente pior | -4 |
| -5 | Bastante pior | -5 |
| -6 | Muito pior | -6 |

Anexo VI – Versão original da *Patient-Rated Wrist Evaluation score*

Name: _____ Date: _____

PATIENT RATED WRIST EVALUATION

The questions below will help us understand how much difficulty you have had with your wrist in the past week. You will be describing your **average** wrist symptoms **over the past week** on a scale of 0-10. Please provide an answer for **ALL** questions. If you did not perform an activity, please **ESTIMATE** the pain or difficulty you would expect. If you have **never** performed the activity, you may leave it blank.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|----|
| 1. PAIN | | | | | | | | | | | | |
| Rate the average amount of pain in your wrist over the past week by circling the number that best describes your pain on a scale from 0-10. A zero (0) means that you did not have any pain and a ten (10) means that you had the worst pain you have ever experienced or that you could not do the activity because of pain . | | | | | | | | | | | | |
| RATE YOUR PAIN: Sample Scale ⇐ | | | | | | | | | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | No Pain | | | | | | | | | Worst Ever | |
| At rest | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| When doing a task with a repeated wrist movement | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| When lifting a heavy object | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| When it is at its worst | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| How often do you have pain? | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | Never | | | | | | | | | Always | |
| 2. FUNCTION | | | | | | | | | | | | |
| A. SPECIFIC ACTIVITIES | | | | | | | | | | | | |
| Rate the amount of difficulty you experienced performing each of the items listed below - over the past week, by circling the number that describes your difficulty on a scale of 0-10. A zero (0) means you did not experience any difficulty and a ten (10) means it was so difficult you were unable to do it at all. | | | | | | | | | | | | |
| Sample scale ⇐ | | | | | | | | | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | No Difficulty | | | | | | | | | Unable To Do | |
| Turn a door knob using my affected hand | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Cut meat using a knife in my affected hand | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Fasten buttons on my shirt | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Use my affected hand to push up from a chair | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Carry a 10lb object in my affected hand | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Use bathroom tissue with my affected hand | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| B. USUAL ACTIVITIES | | | | | | | | | | | | |
| Rate the amount of difficulty you experienced performing your usual activities in each of the areas listed below, over the past week, by circling the number that best describes your difficulty on a scale of 0-10. By "usual activities", we mean the activities you performed before you started having a problem with your wrist. A zero (0) means that you did not experience any difficulty and a ten (10) means it was so difficult you were unable to do any of your usual activities. | | | | | | | | | | | | |
| Personal care activities (dressing, washing) | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Household work (cleaning, maintenance) | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Work (your job or usual everyday work) | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Recreational activities | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

© JC MacDermid

Relatório Clínico de Revisão da PRWE

| | |
|----------------------|--|
| Nome do revisor | |
| Especialidade | |
| Endereço de contacto | |
| Data | |

Pedimos-lhe que preste particular atenção aos termos técnicos e semi-técnicos que possam estar incluídos no questionário. Em especial, pense sempre na forma como descreveria ou discutiria tal terminologia **quando se está a dirigir aos doentes**, e nunca terminologia médica que possa eventualmente utilizar em discussões com colegas seus.

Se se sente satisfeito/a com a forma como uma parte do questionário está traduzida, por favor indique-o na secção “Comentário do revisor”, bastando para isso assinalá-la com um “✓”. Se, por outro lado, considera que tem melhorias a acrescentar à tradução apresentada, por favor coloque a sua proposta na secção “Sugestão de alteração”. Neste caso, por favor explique na secção “Comentário do revisor” porque considera que tal alteração irá melhorar o questionário, por exemplo, porque ...

- faz com que a tradução fique mais precisa
- torna a tradução mais clara e/ou mais fácil de compreensão
- fica escrito numa linguagem mais familiar aos doentes
- fica mais correcto gramaticalmente
- melhora o estilo e a leitura

Prevendo que possa considerar que há mais do que uma forma de traduzir e que possa ter dúvidas sobre qual é a melhor, incluímos a secção “Alternativa possível **para** posterior teste de compreensão” para, após entrevistas com doentes podermos tomar uma decisão.

A opinião que nos transmitir e a perspectiva que tem sobre a melhor maneira de escrever uma pergunta que irá posteriormente ser respondida pelos doentes é-nos extremamente importante. Qualquer tradução é subjectiva e assim os comentários que nos fornecer serão analisados pelo CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e comunicados aos autores do questionário original, juntamente com os resultados do teste de compreensão a realizar com um pequeno grupo de doentes.

Por favor, na caixa abaixo, escreva os comentários gerais sobre a tradução que lhe foi apresentada:

| |
|--|
| |
|--|

PRWE

| | Título |
|--|--------|
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|--|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|---|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |

| | |
|---|--|
| Item | |
| Original em inglês | |
| Tradução proposta | |
| Alternativa possível para posterior teste de compreensão | |
| Comentário do revisor | |
| Sugestão de alteração | |



**Centro de Estudos e Investigação em Saúde
Universidade de Coimbra**

TESTE DE COMPREENSÃO - INSTRUÇÕES

O teste de compreensão pretende avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas.

De uma maneira mais específica o seu objetivo é:

1. Identificar perguntas problemáticas;
2. Determinar as razões subjacentes;
3. Registrar as soluções propostas para uma melhor formulação.

É obvio que a estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, ...). Qualquer alteração apenas se deve cingir à formulação das frases.

A entrevista deve ser conduzida da seguinte maneira:

1. Fornecer o questionário à pessoa e pedir-lhe para o preencher. Lembrar-lhe que não estamos interessados nas suas respostas, mas apenas na formulação das perguntas.
2. Opinião geral: Perguntar à pessoa quais as suas opiniões gerais sobre o questionário:
 - a. É, no geral, claro, fácil de compreender, fácil de responder?
 - b. É longo?
 - c. Está adaptado à situação da pessoa?
 - d. As instruções são claras?
3. Perguntas específicas: Percorra todo o questionário, pergunta a pergunta e verificar se:
 - a. A pergunta é difícil de compreender ou de responder: Se sim, porquê?
 - b. O conceito subjacente está corretamente interpretado, isto é, não existe formulação ambígua que possa causar mais do que uma interpretação possível; a linguagem usada deve facilmente ser 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.

A intenção do teste de compreensão é produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar.

Os comentários das pessoas inquiridas devem ser registados no Formulário do Teste de Compreensão e, em princípio, deve ser usado um formulário por pessoa.

Logo que terminadas as entrevistas devem ser compilados os comentários das pessoas e deve ser preenchida a folha de resumo.



TESTE DE COMPREENSÃO - FORMULÁRIO

Paciente-Rated Wrist Evaluation score instrument - PRWE

Idade: _____ anos

Sexo: Mas Fem

Profissão

Data da entrevista ____/____/____

Hora de início da entrevista _____(horas e minutos)

Tempo de preenchimento _____ (minutos)

Condição de saúde:

Opinião Geral

Instruções

Sentiu dificuldades em compreender as instruções?

Encontrou algumas palavras que não tenha entendido perfeitamente?

Acha que as instruções deveriam ter sido escritas de outro modo? Como?

Acha que falta alguma coisa às instruções?

Parágrafo Introdutório à Medida

| | |
|--|--|
| Sentiu dificuldades em compreender o texto? | |
| Como o interpreta? | |
| Este parágrafo mostra-se relevante? Faz sentido? | |
| Teria escrito este parágrafo de outro modo? | |

Parágrafo Introdutório à subescala 1.DOR

| | |
|--|--|
| Sentiu dificuldades em compreender o texto? | |
| Como o interpreta? | |
| Este parágrafo mostra-se relevante? Faz sentido? | |
| Teria escrito este parágrafo de outro modo? | |

| Pergunta/Item: 1.DOR – 1º item | |
|---|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item : 1.DOR – 2º item | |
|---|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 1.DOR – 3º item | |
|---|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 1.DOR – 4º item | |
|---|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 1.DOR – 5º item | |
|---|--|
| 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? | |

| Parágrafo Introdutório à subescala 2.FUNÇÃO – A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS | |
|--|--|
| Sentiu dificuldades em compreender o texto? | |
| Como o interpreta? | |
| Este parágrafo mostra-se relevante? Faz sentido? | |
| Teria escrito este parágrafo de outro modo? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS - 1º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS - 2º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS - 3º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS - 4º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS - 5º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS - 6º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Parágrafo Introdutório à subescala 2.FUNÇÃO – B. ATIVIDADES HABITUAIS | |
|--|--|
| Sentiu dificuldades em compreender o texto? | |
| Como o interpreta? | |
| Este parágrafo mostra-se relevante? Faz sentido? | |
| Teria escrito este parágrafo de outro modo? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – B. ATIVIDADES HABITUAIS - 1º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – B. ATIVIDADES HABITUAIS - 2º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – B. ATIVIDADES HABITUAIS - 3º item | |
|--|--|
| 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? | |

| Pergunta/Item: 2.FUNÇÃO – B. ATIVIDADES HABITUAIS - 4º item | |
|--|--|
| 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? | |

Anexo IX – Pedido de autorização de utilização da medida à autora original da medida

Permission to use the Patient-Rated Wrist Evaluation Score (PRWE)

Caixa de entrada x



Rui D'Sousa Lopes <fruisousa@gmail.com>

17/08/15 ☆



para jmacderm, joy ▾

Dear Dr. Joy C MacDermid,

Once more I come, hereby, to try to contact you to ask for your permission to validate and adapt the Patient-Rated Wrist Evaluation Score - PRWE to the Portuguese population in my master's dissertation as a student of Physiotherapy - Specialization in Human Movement, in Coimbra Health School - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, in Coimbra, Portugal.

I hope you can honor me by giving me your permission to use this measure of assessment, and by doing so, allow me to improve the physiotherapy care in Portugal.

Thank you very much for your attention

Sincerely,

Physiotherapist Rui de Sousa Lopes



MacDermid, Joy <macderj@mcmaster.ca>

18/08/15 ☆



para mim ▾

you have my permission
