

Universidade Atlântica
Licenciatura em Fisioterapia
Ano Lectivo 2011/2012
4º Ano, 2º Semestre
Seminário de Monografia I e II

Projecto de Investigação

Adaptação Transcultural e Validação de um Instrumento de Medida
para a Língua Portuguesa: “*The Revised Fibromyalgia Impact
Questionnaire*” (FIQR)

Elaborado por: Patrícia Alexandra Oliveira Alves

Aluno nº 200891850

Docente: Professor Artur Valentim

Docente Orientador: Professora Maria da Lapa Rosado

Barcarena

Julho de 2012

Universidade Atlântica
Licenciatura em Fisioterapia
Seminário de Monografia I e II

Projecto de Investigação

**Adaptação Transcultural e Validação de um Instrumento de
Medida para a Língua Portuguesa: “*The Revised
Fibromyalgia Impact Questionnaire*” (FIQR)**

Elaborado por: Patrícia Alexandra Oliveira Alves

Aluno nº 200891850

Docente: Professor Artur Valentim

Docente Orientador: Professora Maria da Lapa Rosado

Barcarena

Julho de 2011

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.

Agradecimentos

Inicialmente gostaria de agradecer aos meus pais e ao meu irmão por toda a dedicação e apoio que me deram ao longo destes quatro anos, porque apesar de todas as dificuldades, nunca deixaram de acreditar em mim e sempre demonstraram um orgulho enorme que serviu de motivação em todo o meu percurso académico. E especialmente à minha mãe, por toda a compreensão e paciência para aturar o meu mau-feitio enquanto me preparava para um exame ou para um trabalho....sem vocês, nada disto seria possível!

À professora Maria da Lapa Rosado, pela excelente orientação e apoio. Foi um prazer elaborar um projecto com uma orientação tão exemplar e com uma orientadora tão prestável, disponível e dedicada quanto ela.

A todo o corpo docente da licenciatura em Fisioterapia da Universidade Atlântica, com a sua colaboração concluí o curso com que sempre sonhei e finalmente irei receber o título de Fisioterapeuta. Obrigada pela partilha de conhecimentos e por contribuírem para o meu desenvolvimento enquanto profissional de saúde.

A todos os elementos envolvidos no processo de tradução, retroversão e validade de conteúdo, obrigada pela disponibilidade e colaboração sem a qual não seria possível concluir este projecto.

E finalmente, mas não menos importante, ao meu namorado, Nuno Sousa, por toda a motivação, dedicação e carinho em momentos de dúvida e de maior inquietação. E às minhas queridas amigas Liliana Silva e Vanda Gomes por toda a amizade, apoio, brincadeiras e suporte ao longo deste período, foi um longo percurso, com algumas dúvidas e dificuldades envolvidas, mas conseguimos, alcançamos o tão esperado fim e conhecendo-nos como conheço, iremos dignificar o título de Fisioterapeuta.

“As nossas dúvidas são traidoras e fazem-nos perder o bem que poderíamos conquistar, se não fosse o medo de tentar”

William Shakespeare

Resumo:

Adaptação Transcultural e Validação de um Instrumento de Medida para a Língua Portuguesa: “*The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire*” (FIQR)

Objectivos: Traduzir, adaptar e validar culturalmente o FIQR para a realidade Portuguesa, de forma a obter e fornecer um instrumento devidamente validado e traduzido que permita a avaliação da condição clínica de Fibromialgia. Sendo ainda pretendido avaliar os aspectos relativos à validade de conteúdo e equivalência semântica.

Metodologia: O FIQR foi sujeito a um processo pormenorizado de tradução e retroversão, de forma a obter uma correcta equivalência semântica. Após esta etapa, o referido instrumento foi entregue a um painel constituído por um grupo de profissionais de saúde e de utentes de maneira a verificarem a validade de conteúdo do instrumento em questão. Após concluída a referida verificação, foram avaliadas as sugestões mais pertinentes de maneira a adaptar o FIQR à população portuguesa e aos utentes com Fibromialgia, sendo apresentados os resultados referentes a esta durante a metodologia do projecto. De forma a concluir a adaptação e validação do FIQR para a realidade portuguesa, é necessário proceder à verificação da fiabilidade, consistência interna, validade de critério e análise estatística desta versão, sendo descritos os passos necessários para obter estas características psicométricas durante a metodologia do projecto.

Conclusões: A versão portuguesa do FIQR apresenta uma boa equivalência semântica e possui um elevado nível de consenso, no que diz respeito à validade de conteúdo, apresentando uma aprovação e consentimento positivo por parte do painel envolvido neste processo.

Palavras-Chave: Fibromialgia; FIQR; Adaptação transcultural; Equivalência semântica; Validade de conteúdo.

Abstract

Transcultural Adaptation and Validation of an Instrument Measure to the Portuguese language: “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQR)

Objectives: The aim of this study was to translate, culturally adapt and validate the FIQR to the Portuguese reality in order to obtain and provide a validated instrument to allow the assessment of the clinical condition of fibromyalgia. Being also performed the evaluation of the aspects related to content validity and semantic equivalence.

Methods: The FIQR was subjected to a detailed procedure of translation and retroversion, to obtain a correct semantic equivalence. After this stage, this instrument was delivered to a panel consisting of a group of health professionals and fibromyalgia patients, in order to verify the content validity of the instrument. Upon completion of this verification, the suggestions were evaluated by relevance in order to adapt the FIQR to the Portuguese population and patients with fibromyalgia, being presented the results of the content validation during the project methodology. In order to complete the culturally adaptation and validation FIQR to the Portuguese reality, it is necessary to verify the reliability, internal consistency, criterion validity and statistical analysis of this version. The steps necessary to obtain such psychometric characteristics are described in the methodology of the project.

Conclusions: The Portuguese version of FIQR presents a good semantic equivalence and has a high level of consensus in the content validity, with a positive approval and consent by the panel involved in this process.

Keywords: Fibromyalgia; FIQR; Cultural adaptation; Semantic equivalence; Content validity.

Índice Geral

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xiii
Índice de Tabelas.....	xiv
Índice de Apêndices e Anexos.....	xv
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. História e Evolução da Fibromialgia.....	3
1.2. Definição de Fibromialgia.....	4
1.3. Epidemiologia e Etiologia.....	5
1.4. Factores de Risco.....	6
- Factores de risco não-modificáveis.....	6
- Factores de risco modificáveis.....	7
1.5. Fisiopatologia.....	7
a) Alterações da sensibilidade dolorosa e inibição da dor.....	7
b) Sensibilização Central.....	8
c) Alterações do Sistema Neuro-Endócrino.....	9
d) Alterações do Sistema Nervoso Autónomo (SNA).....	9
e) Alterações cognitivas.....	10
f) Alterações psicológicas.....	10
1.6. Quadro Clínico.....	11
1.7. Qualidade de Vida e Funcionalidade.....	12
1.8. Diagnóstico, Avaliação e Diagnóstico Diferencial.....	13
1.9. Intervenção na Fibromialgia.....	16
- Recomendações para o tratamento da FM segundo peritos.....	17
- Intervenção Farmacológica.....	18
- Intervenção Não-Farmacológica.....	19
1.10. Prognóstico.....	20

1.11. Instrumentos de Medida para a Fibromialgia.....	20
1.12. " <i>The Fibromyalgia Impact Questionnaire</i> " (FIQR) - Descrição do instrumento.....	21
2. Metodologia	25
2.1. Tipo de Estudo.....	25
2.2. Questão Orientadora.....	25
2.2.1. Questões Orientadoras Secundárias.....	25
2.3. Objectivos.....	25
2.4. Procedimentos.....	25
2.4.1. Pedido de autorização ao autor.....	26
2.4.2. Modelo Conceptual.....	26
2.4.3. Processo de Tradução e Retroversão.....	27
2.4.4. Validade de Conteúdo	28
3. Apresentação de Resultados.....	29
4. Etapas a realizar para concluir a adaptação.....	36
2.4.5. População-Alvo e Amostra.....	36
- Critérios de Inclusão.....	36
- Critérios de Exclusão.....	36
2.4.6. Pedido de Autorização à MYOS.....	36
2.4.7. Aplicação e Avaliação do Instrumento.....	37
- Fiabilidade.....	37
- Validade de Critério.....	37
2.4.8. Análise estatística dos dados.....	38
Reflexões Finais e Conclusão	39
Referências Bibliográficas	41

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACR – American College of Rheumatology

AINE's – Anti-Inflamatórios Não Esteróides

AR – Artrite Reumatóide

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CMRA - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

CRH – Corticotropina

ERGHO - European Group on Health Outcomes

FIQ – Fibromyalgia Impact Questionnaire

FIQ-P – Fibromyalgia Impact Questionnaire – Versão Portuguesa

FIQR – The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire

FM – Fibromialgia

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

HPA - Hipotálamo-pituitária-adrenal

LES – Lúpus Eritmatoso Sistémico

MYOS – Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome da Fadiga Crónica

r - coeficiente de correlação de *Pearson*

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SFM – Síndrome Fibromialgia

SF-36 - Questionário de estado de saúde

SIQR - Symptom Impact Questionnaire

SNC – Sistema Nervoso Central

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

OA – Osteoartrose

TSH – Tirotropina

UTL – Universidade Técnica de Lisboa

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Diagnóstico Diferencial da FM.....	14
Tabela 2 - Lista de Instrumentos utilizados na SFM.....	21
Tabela 3 - Caracterização dos participantes no processo de tradução e retroversão	28
Tabela 4 – Caracterização dos elementos do grupo de utentes.....	29
Tabela 5 – Caracterização dos elementos do Painel de Peritos.....	30
Tabela 6 – Resultados da Validade de Conteúdo.....	32

Índice de Apêndices e Anexos

Apêndice I – Cronograma.....	47
Apêndice II – Pedido de Autorização ao Autor do Instrumento.....	51
Apêndice III – Versão de Consenso da Tradução.....	55
Apêndice IV – Versão de Consenso da Retroversão.....	61
Apêndice V – Pedido de Participação aos elementos do Painel de Peritos.....	67
Apêndice VI – Teste de Compreensão para a Validade de Conteúdo.....	71
Apêndice VII – Grelha de Caracterização dos elementos do Painel de Peritos.....	77
Apêndice VIII - Grelha de Caracterização dos elementos do grupo de utentes.....	81
Apêndice IX – Versão Final FIQR-P.....	85
Apêndice X – Pedido de Autorização à Myos para realização do estudo.....	91
Apêndice XI – Pedido de Autorização para utilização do questionário SF-36v2..	95
Apêndice XII – Consentimento Informado.....	99
Apêndice XIII – Grelha de caracterização sócio-demográfica e duração dos sintomas dos participantes.....	103
Anexo I - Critérios para Classificação da Fibromialgia.....	107
Anexo II - The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).....	111
Anexo III - Questionário de Impacto da Fibromialgia – Versão Portuguesa 2006 (FIQ-P).....	115
Anexo IV - The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – FIQR.....	119
Anexo V – Simptom Impact Questionnaire (SIQR).....	123
Anexo VI - Autorização dada pelo autor do instrumento.....	127
Anexo VII - Tradução do FIQR realizada pelo Fisioterapeuta. Carlos Rafael Figueiredo.....	131
Anexo VIII - Tradução do FIQR realizada pela D ^a Leonor Borges.....	135
Anexo IX - Retroversão do FIQR realizada pela Doutora Anne-France Beaufils.....	139
Anexo X - Retroversão do FIQR realizada pela Doutora Sónia Bárcia.....	145
Anexo XI – Teste de Compreensão – Centro de Estudos e Investigação Universidade de Coimbra.....	151
Anexo XII - Questionário de qualidade de vida SF-36v2 – versão portuguesa.....	157

Introdução

A Fibromialgia é uma condição clínica caracterizada por dor crónica generalizada, com um padrão característico de pontos dolorosos e outros sintomas que apresentem uma duração superior a três meses (Wolfe *et al.*, 1990; Wolfe, 2010).

Segundo Mourão e colegas (2010) a Fibromialgia é reconhecida como uma condição bastante comum na prática clínica e é uma das causas *major* da morbidade mundial, sendo que em Portugal esta condição chega a afectar cerca de 3,6% da população em geral.

A avaliação do estado de saúde e da capacidade funcional é essencial nos utentes com Fibromialgia e o instrumento mais adequado para este propósito é o “The Fibromyalgia Impact Questionnaire” publicado em meados de 1991 e adaptado à cultura portuguesa em 2006 (Rosado, *et al.*, 2006; Bennett, *et al.*, 2009).

No entanto, em 2009 foi publicada uma revisão deste instrumento, o “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire”, tendo sido realizada com o intuito de melhorar a pontuação do mesmo e por existir necessidade de avaliar itens referentes ao equilíbrio e à sensibilidade. Devido às revisões recentemente publicadas, não existe uma versão deste instrumento que se encontre adaptada e traduzida para a realidade portuguesa, sendo por este motivo necessário realizar uma nova adaptação e validação deste instrumento para a nossa cultura, de maneira a completar a avaliação e diagnóstico desta condição clínica na população portuguesa.

O presente estudo baseia-se numa investigação quantitativa não-experimental metodológica que apresenta como principal objectivo contribuir para a adaptação transcultural e para o processo de validação do “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire” para a realidade portuguesa, contribuindo desta forma para a adaptação linguística do instrumento, através do processo de equivalência semântica e validade de conteúdo e posteriormente com a verificação da fiabilidade, consistência interna e validade de critério.

Para uma melhor compreensão de todo o projecto em questão, é deveras importante enquadrar a temática em contextos teóricos, de forma a apresentar todos os aspectos relevantes relacionados com a condição clínica de Fibromialgia. Desta forma será apresentado um enquadramento teórico com o intuito de contextualizar a temática e apresentar questões relacionadas com a sua história e evolução, definição, etiologia, epidemiologia e factores de risco, bem como a sua fisiopatologia, diagnóstico, quadro clínico, tipos de intervenção, qualidade de vida, funcionalidade e instrumentos de medida.

Neste trabalho, após a contextualização do tema, será apresentada a metodologia referente a todo o projecto. A metodologia em questão segue as linhas metodológicas do MAPI Institute e do European Group on Health Outcomes (ERGHO), sendo descritos todos os passos necessários para obter uma adaptação transcultural e validação correcta do instrumento para a realidade portuguesa. Após obter autorização do autor do instrumento, procedeu-se ao processo de tradução e retroversão, realizado com o intuito de obter uma equivalência semântica, sendo o instrumento posteriormente entregue a um painel constituído por um grupo de peritos e de utentes, para estabelecer a validade de conteúdo e tendo em consideração as alterações propostas durante este processo, obteve-se a versão portuguesa final do “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire”. Após as etapas referidas, são descritos os passos necessários para obter uma verificação da fiabilidade, consistência interna, validade de critério e análise estatística desta versão.

No final do projecto, serão apresentadas as reflexões finais e a conclusão onde serão abordados os pontos mais relevantes do presente trabalho, bem como os problemas e limitações envolvidos no mesmo, salientando ainda a importância da sua realização e apresentando uma análise crítica de todas as etapas realizadas durante a elaboração do processo de adaptação transcultural e validação do instrumento em questão.

1. Enquadramento Teórico

1.1. História e Evolução da Fibromialgia

O termo Síndrome de Fibromialgia (SFM) é relativamente recente, no entanto esta condição clínica foi descrita na literatura durante séculos (Clauw, 2009; Smith, Harris e Clauw, 2011). Em 1904, Sir William Gowers criou o termo “Fibrosite” para representar uma forma de reumatismo muscular, causado pela inflamação do tecido fibroso subjacente aos músculos. Este termo começou a ser o mais utilizado para descrever condições de dor crónica generalizada sem causa aparente, e embora tenham sido propostos outros termos, tal como “Reumatismo Psicogénico”, o termo de “Fibrosite” foi o que permaneceu (Buskila, 2009; Clauw, 2009; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Porém, inúmeros autores criticaram este termo como sendo impróprio, isto porque não existem evidências de inflamação muscular nesta condição. Desta forma, em meados de 1970, Smythe e Moldofsky estabeleceram o conceito de Fibromialgia (FM), apresentando evidências que esta síndrome representava uma condição dolorosa (“algia”) em vez de uma inflamação no tecido conjuntivo (“itis”). Estes autores identificaram ainda a existência de pontos dolorosos como sendo um sintoma característico da FM, tendo ainda observado que os indivíduos com esta condição frequentemente apresentavam distúrbios do sono (Buskila, 2009; Clauw, 2009). Em 1984 Yunus demonstrou que a FM encontrava-se associada a outras condições, tais como a Síndrome do Intestino Irritável e cefaleias, demonstrando ainda haver uma tendência familiar no desenvolvimento desta condição clínica (Clauw, 2009; Rothenberg, 2010; Shipley, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Segundo Clauw (2009) após esta evolução, o estudo da FM progrediu e em meados de 1990 o “*The American College of Rheumatology*” (ACR) publica os critérios (Anexo I) para classificação desta condição clínica, com o intuito de estabelecer uma definição padrão da FM para futuras investigações e práticas clínicas.

Estes critérios foram rapidamente adoptados como critérios específicos para a classificação desta condição, estabelecendo a FM como uma síndrome com maior conhecimento por parte de reumatologistas e outros profissionais de saúde. Com o desenvolvimento dos critérios do ACR, foi notório um aumento da prevalência de FM, por se tornar mais fácil a sua identificação e classificação, e um aumento muito marcante na investigação e publicação de estudos e artigos referentes a esta condição clínica (Wolfe, *et al.*, 1990; Buskila, 2009; Mourão, Blyth e Branco, 2010; Rothenberg, 2010).

Passados 20 anos da primeira publicação dos critérios do ACR, novos critérios foram desenvolvidos, tendo havido uma alteração fundamental em que a FM passa a ser caracterizada como uma patologia do grupo das dores músculo-esqueléticas crónicas generalizadas e que tem em conta a generalização da dor de uma forma quantitativa, em vez de ter em conta as alterações dos sintomas e o seu grau de severidade (Mourão, Blyth e Branco, 2010; Häuser, *et al.*, 2011).

O desenvolvimento dos critérios do ACR foi um importante passo para o reconhecimento e estudo da FM, fornecendo medidas padronizadas que permitem a comparação de resultados obtidos em estudos realizados com utentes que apresentem esta condição clínica. No entanto, estes critérios não foram desenvolvidos para o diagnóstico clínico de FM, isto porque os critérios do ACR focam-se essencialmente na dor, discriminando os outros sintomas referidos pelos utentes, havendo desta forma uma falha na avaliação. Para além deste aspecto, os critérios do ACR são criticados devido à natureza arbitrária relativamente aos 11 pontos dolorosos, visto que não elaboram uma associação entre estes pontos e a fisiopatologia e angústia relacionada com a FM (Ablin, Neumann e Buskila, 2008).

1.2. Definição de Fibromialgia

O termo Fibromialgia refere-se a uma síndrome reumatológica não-inflamatória de etiologia desconhecida, caracterizada por hiper-sensibilidade e dor crónica generalizada ao nível dos músculos, ligamentos e tendões em pontos dolorosos

específicos a esta condição, com duração de pelo menos três meses (Branco, 2006; Clauw, 2009; Wolfe, 2010).

Actualmente a FM é considerada uma entidade clínica com critérios de classificação definidos, no entanto, apesar da crescente investigação e interesse nesta condição clínica, ainda existe alguma controvérsia relativamente à sua etiologia, fisiopatologia e correcta definição (Branco, 2006; Fietta, Fietta e Manganelli, 2007; Smith, Harris e Clauw, 2011).

1.3. *Epidemiologia e Etiologia*

A prevalência da SFM depende da população em estudo e dos critérios utilizados para diagnóstico, podendo afectar entre 0,5 a 5% da população em geral, sendo uma das síndromes reumatológicas mais diagnosticadas em que 10 a 20% dos utentes que consultam um reumatologista apresentam esta condição clínica (Fietta, Fietta e Manganelli, 2007; Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Rothenberg, 2010; Shipley, 2010). Em relação à população portuguesa, a FM apresenta uma prevalência de 3,6% da população em geral (Mourão, Blyth e Branco, 2010).

A FM é muito comum na prática clínica e é considerada uma causa *major* de morbilidade mundial. Esta condição afecta predominantemente mulheres de meia-idade, entre os 20 e os 50 anos, sendo que estas são nove vezes mais afectadas que os homens, apresentando em média maior número de pontos dolorosos e sintomatologia mais agravada (Fietta, Fietta e Manganelli 2007; Clauw, 2009; Smith, Harris e Clauw, 2011).

No entanto, ainda existem muitas controvérsias no que respeita à etiologia da FM, permanecendo desta forma desconhecida, contudo existem evidências que comprovam a influência dos factores genéticos e ambientais no aparecimento desta condição clínica, sendo por este motivo uma síndrome multifactorial (Fietta, Fietta e Manganelli 2007; Smith, Harris e Clauw, 2011).

1.4. Factores de Risco

Existem vários factores que desencadeiam o aparecimento da FM e que são razoavelmente identificados, sendo eles o trauma físico (especialmente se envolver o esqueleto axial), intervenções cirúrgicas, infecções e o *stress* emocional agudo ou crónico (eventos traumáticos durante a infância, violência física ou psicológica, abuso sexual ou abandono) (Fietta, Fietta e Manganeli, 2007; Bradley, 2009; Rothenberg, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Factores de risco não-modificáveis:

- Idade e Género – O desenvolvimento da FM é influenciado quer pelo género quer pela idade do indivíduo, sendo o sexo feminino o género mais afectado e com o aumento da idade existe uma maior probabilidade de desenvolver FM em ambos os géneros. A maior prevalência no sexo feminino é explicada através da maior sensibilidade à dor ou por as mulheres procurarem mais ajuda médica que os homens, o que aumenta a quantidade de casos observados na prática clínica (Bradley, 2009; Clauw, 2009; Mourão, Blyth e Branco, 2010; Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011);
- Susceptibilidade genética e agregação familiar – A FM apresenta uma forte componente e pré-disposição familiar, havendo uma maior incidência em utentes cujos familiares sejam portadores desta condição, apresentando um risco 8% maior que a população em geral. Estes utentes apresentam os primeiros sintomas normalmente durante o período da adolescência e estes são desencadeados por um *stress* físico ou emocional, havendo geralmente um maior número de pontos dolorosos nestas situações. Para além destes aspectos, o polimorfismo genético dos sistemas Serotoninérgico, Dopaminérgico e Catecolaminérgico encontra-se associado à FM, o que poderá influenciar e afectar o metabolismo e o transporte de mono-aminas, alterando assim as respostas ao *stress* e aumentando os níveis de depressão (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Bradley, 2009; Buskila, 2009; Clauw, 2009; Mourão, Blyth e Branco, 2010; Rothenberg, 2010; Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Factores de risco modificáveis;

- Stress - O historial da FM é caracterizado por problemas emocionais de longa duração e/ou por carga física. Um estilo de vida com excesso de *stress* poderá ser um factor de risco inicial para o desenvolvimento desta condição (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Bradley, 2009; Buskila, 2009; Clauw, 2009; Mourão, Blyth e Branco, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011);
- Trauma físico e episódios dolorosos recorrentes – Vários episódios de traumas físicos foram classificados como uma causa desencadeante da FM, havendo vários utentes que relatam o início ou exacerbação dos seus sintomas logo após um evento traumático (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Bradley, 2009; Buskila, 2009; Clauw, 2009; Mourão, Blyth e Branco, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011);
- Infecção e vacinação – Vários agentes infecciosos apresentam uma ligação ao desenvolvimento da FM. Agentes virais tais como a Hepatite C e B e Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) foram associados à FM em diversos grupos epidemiológicos e clínicos (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Clauw, 2009; Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011).

1.5. Fisiopatologia

Alguns autores defendem que a hiper-excitabilidade central e periférica do sistema nociceptor é a base desta condição clínica, que apresenta como características a dor crónica e a hiper-sensibilidade generalizada (Fietta, Fietta e Manganelli, 2007; Shipley, 2010).

A fisiopatologia da FM envolve um determinado número de factores, entre eles:

- a) Alterações da sensibilidade dolorosa e inibição da dor – Os utentes com FM geralmente apresentam uma hiper-sensibilidade aos estímulos, isto acontece devido a um aumento do *input* sensorial que é mediado pelo Sistema Nervoso Central (SNC), sendo este *input* semelhante ao gerado em condições de dor neuropática. Para além deste aspecto, é sugerido pela evidência que na FM

existe uma diminuição dos níveis de Serotonina e Norepinefrina, que são os neurotransmissores responsáveis pela inibição da dor endógena (Bradley, 2009; Clauw, 2009; Rothenberg, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).

A Serotonina actua como um neurotransmissor inibidor da Substância P (amina biológica correlacionada com a dor), desta forma, devido à diminuição da concentração de Serotonina, irá haver um aumento significativo na concentração da Substância P em utentes com FM. A Substância P apresenta diversas funções nociceptivas e apesar do aumento do seu nível nestes utentes, ainda não existem explicações plausíveis que associem uma relação entre a alteração do receptor desta substância e a existência de FM, no entanto, é conhecido que o aumento da Substância P pode desencadear perturbações do sono, depressão, fadiga e amplificação da dor (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Clauw, 2009).

Devido à exposição intensa ou prolongada a estímulos dolorosos, os neurónios responsáveis pela transmissão da informação dolorosa tornam-se sensíveis a esses sinais e aumentam a sua transmissão. No entanto, a fonte deste *input* sensorial permanece desconhecida, embora se saiba que o aumento do *input* sensorial esteja relacionado com a hiper-sensibilidade existente, isto porque indivíduos com FM apresentam um limiar de dor 50% inferior ao de uma pessoa saudável (Bradley, 2009; Staud, 2011).

- b) Sensibilização Central - Os utentes com FM apresentam um fenómeno designado como Sensibilização Central em que o SNC apresenta uma amplificação da transmissão e processamento dos estímulos dolorosos. Face a este fenómeno, as correlações clínicas mais significantes da FM são a Hiperalgesia, em que existe um aumento da sensibilidade à dor, e Alodínia, em que existe uma percepção dolorosa de um estímulo normal não doloroso, isto resulta em problemas relacionados com processamento sensorial ou doloroso, em vez de problemas confinados a uma região corporal específica onde existe presença de dor (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Clauw, 2009; Rothenberg, 2010; Staud, 2011).

A sensibilização central provoca ainda uma resposta exagerada face a vários estímulos relacionados com o olfacto e audição, provocando um aumento da sensibilidade a ruídos, cheiros ou exposição a químicos (Ablin, Neumann e Buskila, 2008). Desta forma, a dor gerada na SFM não é devido a uma inflamação ou outro factor, e os tratamentos baseados na administração de anti-inflamatórios não esteróides (AINE's) e corticoides não demonstram grande eficácia no tratamento da sintomatologia dolorosa desta condição (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Buskila, 2009; Rothenberg, 2010).

- c) Alterações no Sistema Neuro-endócrino - Na SFM geralmente considera-se a existência de um funcionamento anormal do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) devido à incapacidade de suprimir o cortisol, o que provoca um aumento dos níveis deste no organismo. Porém, os elevados níveis de cortisol não influenciam os níveis de fadiga nem de *stress* em utentes com FM, somente influencia a dor na primeira hora após o levantar/acordar, estando desta forma relacionado com a rigidez matinal referida por muitos utentes (Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Bradley, 2009). O distúrbio funcional do sistema neuro-endócrino caracteriza-se por uma alteração da resposta ao *stress* resultante da alteração dos padrões de libertação de Tirotropina (TSH) e de Corticotropina (CRH), que estimulam a glândula Tiroideia e a Adeno-Hipofise respectivamente, sendo ainda notória uma redução na circulação de hormonas e de factores de crescimento. As hormonas de crescimento têm uma acção anabolizante sobre o tecido muscular, sendo que uma inibição da sua secreção irá dificultar a reparação de microtraumatismos deste tecido (Bradley, 2009; Clauw, 2009; Smith, Harris e Clauw, 2011).
- d) Alterações do Sistema Nervoso Autónomo (SNA) – Estudos comprovam que as alterações do SNA são um factor importante na SFM, existindo condições co-existent características destes utentes, nomeadamente a hipotensão, redução do ritmo cardíaco, síndromes do intestino e bexiga irritáveis e cefaleias. Estas alterações do SNA poderão ser provocadas pelas alterações neuro-endócrinas do eixo HPA, muito comuns em utentes com FM (Bradley, 2009; Rothenberg,

2010). As alterações relativas ao SNA influenciam os sintomas da presente síndrome devido à alteração da resposta fisiológica perante uma manutenção de *stress* e inibição da dor, através da produção de hormonas de crescimento e factores de crescimento (Bradley, 2009).

- e) Alterações cognitivas – Geralmente os utentes com FM apresentam problemas de memória e de concentração que interferem com a sua vida social, profissional e até mesmo com a sua qualidade de vida, no entanto a maioria dos profissionais de saúde falham na avaliação destes sintomas, devido à incapacidade de relacionar estes problemas cognitivos com a condição clínica de FM. Em relação às alterações cognitivas, os sintomas mais frequentes envolvem pensamento desorganizado e problemas de concentração, havendo um agravamento destes na presença de ansiedade, alterações do sono, dor intensa e depressão. Quando comparados com indivíduos saudáveis, os utentes com FM apresentam défices significativos relacionados com a memória a curto prazo, mais marcantes durante a realização de tarefas complexas e que exigem grande atenção (Leavitt e Katz, 2006; Glass, 2008; Mease, *et al.*, 2008).
- f) Alterações psicológicas – Um estudo realizado em 2007 concluiu que as personalidades dos utentes com FM são bastante heterogéneas, havendo uma grande vulnerabilidade psicológica e elevadas alterações emocionais e de humor, no entanto, os distúrbios de personalidade nestes utentes raramente são diagnosticados (Fietta, Fietta e Manganeli, 2007). Para além destas alterações, denotou-se ainda a existência de distúrbios depressivos e de ansiedade, que se apresentavam fortemente agregados à FM. Desta forma chegou-se à conclusão que existe uma relação entre os distúrbios psiquiátricos e a FM, sendo que tanto a FM como estes distúrbios poderão ser causados por uma alteração desconhecida. O factor fisiopatológico comum poderá ser representado pela alteração dos neuro-transmissores, que é observado tanto na FM como nos indivíduos com distúrbios psiquiátricos, no entanto ainda não existem muitas evidências que estipulem qual a verdadeira alteração que desencadeia estes distúrbios (Bradley, 2009; Clauw, 2009).

1.6. Quadro Clínico

Apesar da FM se apresentar como uma condição extremamente dolorosa e incapacitante, esta não provoca deformação. A severidade e intensidade dos sintomas desta condição são variáveis de pessoa para pessoa, podendo até, na mesma pessoa, variar ao longo do tempo, o que dificulta o tratamento e a própria adaptação do utente a um novo estilo de vida, que lhe permita lidar com a sua condição clínica (Buskila, 2009; Häuser, *et al.*, 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Embora os sintomas característicos da FM sejam a dor crónica generalizada e a hiper-sensibilidade, é muito frequente os utentes relatarem queixas de natureza músculo-esquelética, neurológica, gastro-intestinal, genito-urinária, dérmica, emocional e psicológica, o que faz com que esta condição seja mais do que uma síndrome dolorosa, pois envolve diversos sintomas heterógenos que *à priori* não aparentam estar interligados, tais como:

- Fadiga e diminuição da tolerância ao esforço;
- Distúrbios de sono e de humor;
- Alterações cognitivas e psicológicas;
- Rigidez;
- Parestesias;
- Hipotensão Ortóstática;
- Cefaleias;
- Disfunção Sexual;
- Dores torácicas e taquicardia;
- Intolerância ao frio ou calor;
- Distúrbios visuais ou auditivos;
- Episódios depressivos, de ansiedade e de *stress*;
- Sensação de secura das mucosas.

(Ablin, Neumann e Buskila, 2008; Buskila, 2009; Rothenberg, 2010; Shipley, 2010; Arnold, Clauw e McCarberg., 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Segundo Buskila (2009), no que diz respeito à dor relatada na FM, esta é caracterizada como uma dor difusa ou multifocal em pontos dolorosos específicos, cuja intensidade poderá variar ao longo do dia e exacerbar face a factores externos ou psicológicos.

Para além dos sintomas já referidos, existe ainda a possibilidade da existência de sobreposição de síndromes, nomeadamente a síndrome da fadiga crónica, do intestino e bexiga irritável, distúrbios temporo-mandibulares e distúrbios de *stress* pós-traumático. Sendo ainda muito frequente que a FM seja concomitante com outras condições reumatológicas tais como a Artrite Reumatóide (AR), Osteoartrose (OA) e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), e com infecções como a Hepatite B e C e a Doença de Lyme, o que complica o seu diagnóstico e tratamento (Buskila, 2009; Clauw, 2009; Imamura, Cassius e Fregni, 2009; Shipley, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Buskila (2009) refere que os utentes com FM apresentam uma grande heterogeneidade relativamente à caracterização dos seus sintomas. Esta heterogeneidade é bastante notória na descrição do tipo e severidade dos sintomas por parte dos utentes, sendo bastante evidente uma divergência na importância dada ao estado de saúde em geral, capacidade funcional e situação profissional de cada utente em particular.

Vários utentes referem uma lesão ou um *stress* na vida profissional ou pessoal como as principais causas que despoletam os seus sintomas, sendo estes exacerbados pelo isolamento e falta de comunicação com terceiros, originando desta forma sintomas de ansiedade e depressão (Shipley, 2010).

1.7. *Qualidade de vida e Funcionalidade*

A FM é caracterizada como uma condição clínica persistente e incapacitante, e apesar da subjectividade do seu sofrimento crónico, esta condição apresenta um grande impacto ao nível da qualidade de vida, performance, funcionalidade, humor e participação dos utentes, bem como nas suas relações inter-pessoais (Fietta, Fietta e Manganeli, 2007; Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Os utentes com FM apresentam uma diminuição da funcionalidade, sendo mais marcada naqueles cujos sintomas de ansiedade e depressão se apresentam em maiores dimensões. A incapacidade do utente afecta directamente o seu bem-estar psicológico e físico, havendo por este motivo uma forte relação entre o *stress*, a depressão e a funcionalidade, que por sua vez irá condicionar a qualidade de vida do indivíduo (Verbunt, Pernot e Smeets, 2008; Aguglia, *et al.*, 2010; Homann, *et al.*, 2012).

Desta forma, a qualidade de vida dos utentes com FM está directamente relacionada com os seus níveis de incapacidade, e de um modo geral existe uma considerável diminuição da qualidade de vida nestes utentes, quando em comparação com a população em geral (Cöster, *et al.*, 2008; Verbunt, Pernot e Smeets, 2008).

As patologias do grupo das dores músculo-esqueléticas crónicas generalizadas são a causa mais comum de incapacidade ao nível da vida social, profissional e pessoal, sendo igualmente as que apresentam maior custo para a sociedade em geral e para a situação económica e financeira dos indivíduos portadores. Nos utentes com FM, os sintomas mais preocupantes que condicionam a sua participação são a dor, o cansaço/fadiga, a fraqueza muscular e a alterações de concentração e de memória. É necessário identificar correctamente e compreender as necessidades dos utentes com FM, bem como a necessidade de adaptações individuais, de maneira a tornar os indivíduos mais aptos a um nível social, pessoal e profissional, melhorando assim a sua funcionalidade e qualidade de vida (Grodman, *et al.*, 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011; Homann, *et al.*, 2012).

1.8. *Diagnóstico, Avaliação e Diagnóstico Diferencial*

Segundo Goldenberg (2009), o diagnóstico preciso da FM é algo confuso e controverso, quando em comparação com outras condições reumatológicas. Isto deve-se ao facto da FM ser considerada uma condição clínica funcional e não estar completamente definida em relação aos seus factores etiológicos e fisiopatológicos. Para além disso, não existem exames laboratoriais ou complementares específicos para o diagnóstico desta condição, existindo somente os critérios do ACR que ajudam a identificar (e não a diagnosticar) a SFM.

A avaliação física e funcional do utente é o único meio que permite o diagnóstico, em que é evidente a presença de hiper-sensibilidade à palpação dos tecidos e existência de pontos dolorosos, mas até mesmo esta avaliação é muito subjectiva. É por esta razão que é necessária uma boa compreensão dos sintomas referidos pelos utentes, isto porque o diagnóstico irá basear-se na sua sintomatologia, contudo, é muito comum existir sobreposição de sintomas ou de síndromes, o que irá mais uma vez complicar o diagnóstico preciso da condição (Buskila, 2009; Goldenberg, 2009; Williams & Schilling, 2009; Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Häuser, *et al.*, 2011).

Apesar de todos os avanços notórios nos estudos e investigações referentes à FM, os utentes continuam a demonstrar um problema relativamente à longa distância temporal entre o início dos sintomas e o primeiro diagnóstico da FM (Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Staud, 2011). Esta dificuldade deve-se à grande variedade de sintomas apresentados pelos utentes, o que dificulta o diagnóstico, visto não existirem testes específicos para determinar a existência de FM, somente são realizadas as análises do hemograma completo, taxa de sedimentação dos eritrócitos, nível de proteína C-reactiva e estudo do perfil bioquímico incluindo as enzimas musculares e testes de função tiroideia, de forma a permitir um diagnóstico diferencial (tabela 1) e por exclusão (Clauw, 2009; Rothenberg, 2010; Shipley, 2010; Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Tabela 1 – Diagnóstico Diferencial da FM (Buskila, 2009; Goldenberg, 2009; Shipley, 2010)

Condição Clínica	Características distintivas da FM
Artrite Reumatóide	Edema articular, deformidades, elevados níveis de proteína C-Reactiva e de taxa de sedimentação dos eritrócitos
Lúpus Eritematoso Sistémico	Erupção cutânea, inflamação multi-sistémica, elevados níveis de taxa de sedimentação dos eritrócitos
Polimialgia Reumática	Idade superior a 60 anos, rigidez muito acentuada após um período de inactividade, elevados níveis de taxa de sedimentação dos eritrócitos
Miopatias e Miosites	Fraqueza generalizada, elevado número de enzimas musculares
Hipo-Tiroidismo	Teste da função tiroideia com resultados anormais
Espondilite Anquilosante	Imobilidade a nível da região do pescoço e costas, alterações notórias em raio-x, elevada taxa de sedimentação dos eritrócitos
Neuropatias	Fraqueza generalizada, perda de sensibilidade, alterações electromiográficas e na velocidade de condução nervosa

O sintoma central da FM é a dor crónica generalizada, que não esteja relacionada com uma condição músculo-esquelética, estando a fadiga e as alterações do sono associadas a este sintoma. Utentes com FM frequentemente relatam incapacidade em diversas áreas funcionais, especialmente na capacidade física. Uma avaliação detalhada da dor referida pelo utente, o seu impacto nas actividades da vida diária e o seu contexto bio-psico-social são pré-requisitos essenciais para a avaliação da sintomatologia dolorosa, sendo ainda necessária uma boa compreensão da associação existente entre os sintomas (Arnold, Clauw e McCarberg, 2011).

Como já foi referido, em utentes com FM, os únicos achados referentes ao exame físico estão relacionados com a hiper-sensibilidade existente, que é específica a certas regiões anatómicas. Esta avaliação é realizada seguindo os critérios do ACR de maneira a identificar os pontos dolorosos existentes característicos da FM. Contudo, nem todos os utentes com FM apresentam sensibilidade em todos os pontos dolorosos, existindo utentes que não preenchem os requisitos dos critérios para esta condição ser detectada, sendo por este motivo que os critérios do ACR somente deverão ser utilizados para identificar a condição e não para o seu diagnóstico clínico (Goldenberg, 2009; Rothenberg, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).

Actualmente o diagnóstico da FM baseia-se num historial de sintomatologia dolorosa, em 11 de 18 pontos dolorosos, superior a três meses, e presença de quatro dos seguintes sintomas: fadiga generalizada, cefaleias, alterações do sono, complicações neurológicas, parestesias e perturbações emocionais. Para além dos aspectos referidos é necessário examinar os pontos dolorosos e realizar uma avaliação referente à dor miofascial, amplitude de movimento, postura e marcha, para avaliar o estado funcional do utente em questão (Goldenberg, 2009; Imamura, Cassius e Fregni, 2009; Rothenberg, 2010; Arnold, Clauw e McCarberg, 2011; Boomershine, 2011).

Na primeira abordagem ao utente, é necessária uma observação e avaliação regular até haver uma estabilização dos sintomas referidos, sendo sempre conhecida a perspectiva do utente face ao seu estado funcional (actividades da vida diária, actividade física, situação profissional e social) e à sua dor (através da avaliação subjectiva da dor

numa escala de 0 a 10). No que diz respeito à dor, é igualmente importante identificar os desencadeadores dolorosos do utente, que poderão ser condições co-existentis tais como a AR, OA, LES, dor miofascial ou outros problemas biomecânicos tais como degeneração dos discos vertebrais ou estenose espinhal (Rothenberg, 2010).

A FM poderá sobrepor-se com diversas condições, especialmente condições reumatológicas, e muitos dos seus sintomas poderão estar presentes noutras patologias, reumáticas ou não, o que irá dificultar o seu diagnóstico. Para além disso, esta condição é ainda bastante comum em utentes com doenças auto-imunes, o que poderá ser a causa da maioria dos sintomas reportados ou da incapacidade referida pelo utente (Buskila, 2009; Goldenberg, 2009; Shipley, 2010).

1.9. *Intervenção na Fibromialgia*

A intervenção ideal da FM engloba uma abordagem multidisciplinar com a combinação de modalidades de intervenção farmacológica e não-farmacológica, adaptada de acordo com a intensidade de dor, funcionalidade e características associadas (depressão, ansiedade, fadiga e alterações do sono) em consenso com os objectivos e principais problemas do utente (Buskila, 2009; Shipley, 2010).

Os objectivos gerais da intervenção na FM focam-se na redução da sintomatologia, promoção da qualidade de vida, da funcionalidade e da vida social e profissional (Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Buskila, 2009; Shipley, 2010).

Devido à heterogeneidade dos utentes com FM, uma abordagem terapêutica focada somente num tipo de intervenção não demonstra eficácia nesta condição clínica (Abeles, *et al.*, 2008). Desta forma, não existe uma terapia específica que apresente sucesso para todos os utentes com FM, sendo deveras importante que os profissionais de saúde vejam o utente regularmente e que determinem minuciosamente quais as terapias que demonstram maior sucesso para cada utente em particular. Como este tipo de utentes apresentam variados sintomas em simultâneo, é importante realizar uma abordagem bio-psico-social, em vez de tratar os sintomas separadamente, sendo

necessário haver uma conjugação e combinação de diferentes formas de terapia ao longo de toda a intervenção (Rothenberg, 2010; Shipley, 2010).

Segundo Sarzi-Puttini e colegas (2008), a intervenção na FM deverá basear-se na multidisciplinaridade composta por quatro passos:

1. Educação do utente: Através da descrição da condição clínica, bem como da discussão dos diferentes tipos de abordagens e terapias existentes;
2. Intervenção Farmacológica: Através de administração dos fármacos mais apropriados ao tipo de utente, podendo ser realizada uma mono-terapia, composta somente por um tipo de fármaco, ou uma combinação de terapias, em que existe a combinação de mais que um fármaco;
3. Intervenção Não-Farmacológica: Combinação de diversas modalidades, nomeadamente os exercícios de flexibilidade, de alongamento e aeróbicos, psicoterapia e terapia cognitivo-comportamental;
4. Modalidades Adicionais (normalmente por opção do utente): poderão ser utilizadas abordagens baseadas na acupunctura ou através de outras medicinas alternativas ou complementares.

Recomendações para o tratamento da FM segundo peritos (Carville, *et al.*, 2007):

1. Uma boa compreensão da FM requer uma adequada avaliação da sintomatologia dolorosa, função e do contexto psicossocial;
2. A FM deve ser reconhecida como uma condição complexa e heterogénea, caracterizada por um anormal processamento da dor, associada a outros sintomas;
3. Uma boa intervenção requer uma abordagem multidisciplinar que combine a intervenção não-farmacológica com a farmacológica, de acordo com a intensidade da dor, fadiga, função, depressão e alterações de sono reportadas pelo utente em questão;
4. Terapias em meio aquático com água aquecida, combinadas ou não com outros exercícios, demonstram uma grande eficácia;

5. Programas de exercícios adaptados individualmente que incluam exercício aeróbico e treino de força poderão ser benéficos para alguns utentes com FM;
6. A Terapia cognitivo-comportamental poderá ser benéfica para alguns utentes com FM;
7. Algumas terapias tais como o relaxamento, reabilitação, fisioterapia e psicoterapia poderão ser utilizadas, dependendo das necessidades individuais do utente;
8. O Tramadol é um fármaco recomendado para a manutenção da FM, e tal como os analgésicos (paracetamol) e outros opióides fracos, poderão ser considerados. Porém, cortico-esteróides e opióides em grandes dosagens não são recomendados;
9. A utilização de anti-depressivos reduz a sintomatologia dolorosa e frequentemente melhora a função, devendo por este motivo ser considerados como co-adjuvantes na intervenção na FM.

Intervenção Farmacológica:

- Anti-depressivos – Provocam o bloqueio das aminas biogénicas que são anormais no SNC do utente com FM. Normalmente são utilizados agentes tricíclicos que aumentam as concentrações de Serotonina e Norepinefrina no SNC, reduzindo desta forma a dor e promovendo a qualidade de vida (Abeles, *et al.*, 2008; Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Clauw, 2009; Rothenberg, 2010; Shipley, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).
- Anti-Epiléticos – Impedem a libertação dos neurotransmissores da Substância P e ácido glutâmico (glutamato) nas fibras nervosas hiper-excitáveis, desempenhando desta forma um papel fundamental no controlo da dor (Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Clauw, 2009; Rothenberg, 2010);
- Anti-Inflamatórios – Apresentam uma administração bastante comum na prática clínica, contudo não apresentam evidência suficiente em relação à

sintomatologia dolorosa do utente (Abeles, *et al.*, 2008; Imamura, Cassius e Fregni, 2009);

- Opióides e Analgésicos – As dosagens mais fortes deverão ser evitadas, isto porque a maioria dos médicos reportam que a sua eficácia não é significativa (Abeles, *et al.*, 2008; Buskila, 2009; Clauw, 2009; Rothenberg, 2010);
- Relaxantes Musculares – Utilizados tanto em situações crónicas como em períodos de agudização da FM. Estes promovem a funcionalidade global do utente e melhoram a qualidade do seu sono (Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Rothenberg, 2010).

Intervenção Não-Farmacológica:

- Educação – o ensino e esclarecimento de todas as dúvidas do utente é uma abordagem essencial para que este compreenda a sua condição e aprenda as melhores estratégias para lidar com a sua sintomatologia, de forma a reduzir a ansiedade e aumentando a aderência ao plano terapêutico (Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Rothenberg, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).
- Exercício físico e Fisioterapia – Intervenção benéfica para melhorar questões relacionadas com o equilíbrio, postura, tónus muscular e condição física em geral, desempenhando ainda um importante papel na manutenção do estado funcional. Exercícios aeróbicos de baixo impacto são essenciais para a gestão da FM de forma a controlar a dor (através do aumento das endorfinas no SNC) e melhorar o humor, condição física e cardiovascular e a funcionalidade. Para além destes exercícios, é igualmente importante a aplicação de exercícios de alongamento, pilates, treino de estabilidade do tronco e exercícios aquáticos de forma a promover a funcionalidade nestes utentes (Abeles, *et al.*, 2008; Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Imamura, Cassius e Fregni, 2009; Rothenberg, 2010; Shipley, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).

- Terapia cognitivo-comportamental – Muito comum e frequente, apresentando sucesso no desenvolvimento das estratégias de *coping* e na conservação de energia, de forma a reduzir a ansiedade durante os episódios de agudização da FM. Esta terapia deverá ser associada à educação e ao exercício físico numa abordagem multidisciplinar. De um modo geral, este tipo de terapia apresenta o intuito de modificar comportamentos negativos em atitudes positivas, fornecendo desta forma ao utente um auto-controlo da dor e restante sintomatologia (Buskila, 2009; Imamura, Cassius e Fregni, 2009; Rothenberg, 2010; Shipley, 2010; Smith, Harris e Clauw, 2011).
- Medicinas alternativas ou complementares – utilizada como uma terapia suplementar para utentes com FM, tendo demonstrado eficácia nesta síndrome. Estas englobam a homeopatia, magnetoterapia, acupunctura, hipnoterapia, entre outras (Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Rothenberg, 2010).

1.10. Prognóstico

O prognóstico da FM depende fortemente da forma com o utente encara a sua própria condição, havendo em geral uma boa adesão ao plano terapêutico farmacológico e não-farmacológico. No entanto, existem utentes que se deixam dominar pelos seus sintomas, havendo uma deterioração muito marcada na qualidade de vida e funcionalidade em geral. Desta forma, na intervenção e abordagem ao utente com FM, é necessário integrar programas multimodais que combinem intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Sarzi-Puttini, *et al.*, 2008; Clauw, 2009).

1.11. Instrumentos de Medida para a Fibromialgia

Actualmente a avaliação na FM é realizada através de escalas, de forma a avaliar não só a dor, como também os outros sintomas frequentes nesta condição (Wolfe, 2010). Desta forma, deverão ser aplicadas escalas e instrumentos que avaliem não só a condição clínica em geral, mas também os seus sintomas, de forma a compreender melhor a condição clínica do utente em questão e todos os domínios referentes à FM

(Prodinger, *et al.*, 2008). Sendo assim, deverão ser avaliadas as variáveis apresentadas na tabela 2:

Tabela 2 – Lista de Instrumentos utilizados na SFM (Adaptado de: Cöster, *et al.*, 2008; Prodinger, *et al.*, 2008; Buskila, 2009; Williams & Schilling, 2009; Boomershine, 2011; Smith, Harris, & Clauw, 2011).

Domínio da FM	Exemplo de instrumento de avaliação
Condição geral da FM	Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ-P)
Dor	Escala Numérica da Dor (END)
	Regional Pain Scale (RPS)
	Brief Pain Inventory (BPI)
	Questionário da dor de McGill
Fadiga	Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF)
	FibroFatigue Scale (FFS)
Sono	Escala da Qualidade do Sono de Pittsburg
	Post Sleep Inventory
	The Sleep Assessment Questionnaire (SAQ)
Sexualidade	Índice de Satisfação Sexual (I.S.S)
Depressão	Escala de Depressão de Beck
	Patient Health Questionnaire (PHQ)
Ansiedade	Inventário da Ansiedade de Beck
Alterações Cognitivas	Multiple Ability Self-Report Questionnaire (MASQ)
Funcionalidade	Functional Status Questionnaire (FSQ)
	Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ-P)
	Health Assessment Questionnaire (HAQ)
Qualidade de Vida	Questionário SF-36 de Qualidade de Vida

1.12. “The Fibromyalgia Impact Questionnaire” – Descrição do Instrumento

“The Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQ) (Anexo II) foi desenvolvido em 1980 e é o único instrumento criado especificamente para a FM, em que avalia aspectos relacionados com o estado de saúde, a evolução e a capacidade funcional dos utentes com esta condição, bem como a sua progressão clínica e resultados terapêuticos, tendo sido publicado em 1991 por Burckhardt e colegas (Burckhardt, Clark e Bennett, 1991; Bennett, 2005).

Este instrumento é composto por dez questões de auto-preenchimento relacionadas com as interacções clínicas dos utentes, sintomatologia e existência de alterações músculo-esqueléticas, avaliando itens relacionados com a funcionalidade, vida profissional, depressão, ansiedade, rigidez, sono, dor, fadiga e bem-estar, sendo que quanto maior o resultado obtido neste questionário, maior é o impacto provocado pela condição clínica (Burckhardt, Clark e Bennett, 1991; Finch, *et al.*, 2002; Bennett, 2005).

Segundo Bennett (2005) após a publicação em 1991, o FIQ foi sujeito a duas revisões, uma em 1997 e outra em 2002, tendo sofrido algumas modificações referentes aos itens da vida profissional dos utentes e na classificação dos resultados do instrumento. Para além disso, foram ainda acrescentados itens relacionados com actividades específicas, tal como subir escadas. Este instrumento encontra-se traduzido e adaptado em diversas línguas, incluindo Holandês, Francês, Alemão, Hebraico, Italiano, Japonês, Coreano, Português, Espanhol, Sueco e em Turco.

Rosado e colegas (2006) realizaram a adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa (FIQ-P) (Anexo III) da versão de 1997 do FIQ, resultante da revisão do instrumento original. Porém, em 2009 foi publicada uma revisão do instrumento FIQ “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQR) (Anexo IV), tendo sido realizada devido à necessidade de avaliar itens referentes ao equilíbrio e à sensibilidade.

As modificações realizadas durante a revisão do FIQ verificam-se no método de pontuação, alteração de perguntas referentes à funcionalidade, expansão das questões relacionadas com a sintomatologia, introdução de questões relacionadas com rigidez, equilíbrio, sensibilidade e memória e a alteração da percentagem dos três domínios. Esta nova versão do instrumento encontra-se dividida em três domínios (função, sintomatologia e impacto da doença), sendo composto por um total de 21 questões, em que todas apresentam uma classificação de zero a dez, sendo dez a classificação “pior”. Todas as questões apresentadas são referentes ao estado de saúde do utente nos últimos sete dias (Bennett, *et al.*, 2009).

Domínios do FIQR segundo Bennett e colegas (2009):

1. Função – domínio composto por nove questões e obtendo uma percentagem de 30% da pontuação total do instrumento;
2. Impacto da doença – domínio composto somente por duas questões, em que o seu conjunto corresponde a 20% da pontuação total obtida;
3. Sintomatologia – domínio que apresenta a maior percentagem do instrumento (50%), sendo composto por dez questões.

Pontuação do FIQR:

Em relação à pontuação total propriamente dita, esta apresenta um total máximo de 100, sendo que quanto maior o resultado, maior o impacto causado pela FM. A pontuação total corresponde à soma do subtotal da função (classificada de zero a 90) dividida por três, mais a soma do subtotal referente ao impacto da doença (classificada de zero a 20) e por último mais a soma do subtotal da sintomatologia (classificada de zero a 100) que será dividido por dois (Bennett, *et al.*, 2009).

Em suma, a pontuação do FIQR será obtida da seguinte forma:

$$Pontuação = \frac{\text{subtotal da função}}{3} + \text{subtotal do impacto da doença} + \frac{\text{subtotal da sintomatologia}}{2}$$

Propriedades Psicométricas:

O FIQR juntamente com o FIQ e SF-36 (questionário de estado de saúde), foram aplicados via *on-line* a 202 utentes com FM, e em simultâneo foi fornecido um instrumento semelhante ao FIQR, o SIQR (Symptom Impact Questionnaire) a 31 utentes com AR, 20 com LES, 11 com depressão *major* e por último a 213 indivíduos saudáveis. O SIQR (Anexo V) difere do FIQR nos termos relacionados com a FM, em que se deu a alteração da palavra “fibromialgia” para “problemas médicos” ou “dificuldade”. A validade do FIQR foi estabelecida através de uma análise correlacional entre o FIQR, FIQ e o SF-36, em que as correlações foram determinadas através do coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*). Este instrumento demonstrou uma boa correlação com o FIQ (*r* = 0.88) e com o SF-36 (*r* = 0.80) (Bennett, *et al.*, 2009).

Traduções do FIQR:

Actualmente já existem estudos a decorrer referentes a traduções do FIQR, nomeadamente no Brasil e Espanha. No entanto, as únicas versões publicadas até agora incluem adaptações para países como a Turquia e Marrocos (Ediz, *et al.*, 2010; Srifi, *et al.*, 2012).

A avaliação do estado de saúde e da capacidade funcional é essencial nos utentes com FM, sendo o FIQ o instrumento mais adequado para tal fim (Rosado, *et al.*, 2006; Bennett, *et al.*, 2009). No entanto, devido às revisões recentemente publicadas, não existe uma versão deste instrumento que se encontre devidamente adaptada e traduzida para a realidade portuguesa, o que é essencial, visto que em Portugal a FM afecta cerca de 3,6% da população em geral (Mourão, Blyth e Branco, 2010). Devido à inexistência de um instrumento adaptado e validado para a realidade portuguesa, é necessário realizar a adaptação e validação do FIQR para a nossa cultura, de maneira a completar a avaliação e diagnóstico desta condição clínica na população portuguesa.

2. Metodologia

2.1. Tipo de Estudo

O presente projecto consiste num estudo quantitativo não-experimental metodológico, em que se pretende dar um contributo para a adaptação transcultural e validação de um instrumento de medida para a realidade portuguesa, o “*The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)*”. A pedido do autor do instrumento (Anexo VI), este projecto segue um conjunto de etapas definidas, elaboradas e credíveis segundo a abordagem científica do *MAPI Institute*, sendo este processo realizado tendo também em conta a metodologia do ERGHO.

2.2. Questão Orientadora

Será que ao adaptar o FIQR para a realidade Portuguesa, este manterá as características psicométricas do instrumento original?

2.2.1. Questões orientadoras secundárias

- Será que a versão portuguesa do instrumento FIQR apresenta uma equivalência semântica?
- Será que a versão portuguesa do instrumento FIQR apresenta validade de conteúdo?

2.3. Objectivos

O **objectivo geral** deste estudo é contribuir para a adaptação transcultural e para o processo de validação do instrumento FIQR para a realidade portuguesa, segundo o *MAPI Institute* e o ERGHO. No que diz respeito aos **objectivos específicos**, com este projecto pretende-se contribuir para a adaptação linguística do FIQR através do processo de tradução, retroversão, equivalência semântica e validade de conteúdo.

2.4. Procedimentos

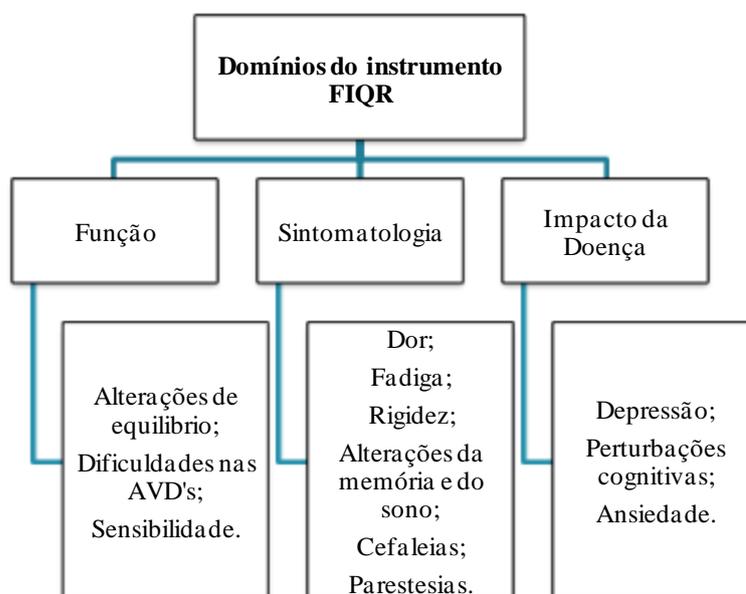
Para a realização do presente projecto foram seguidos os seguintes procedimentos metodológicos, estando a sua cronologia apresentada no Apêndice I.

2.4.1 Pedido de autorização ao autor

Após a ideia de desenvolver este projecto, foi pedida por escrito, via *e-mail* ao autor do instrumento, Dr. Robert Bennett, a autorização para a realização do trabalho em questão (Apêndice II). A adaptação transcultural e validação do FIQR foram realizadas de acordo com o *MAPI Institute*, a pedido do autor do instrumento em questão, sendo ainda realizada tendo em conta o documento de trabalho criado por Ferreira e Marques (1998), que apresenta por base os critérios descritos pelo ERGHO.

2.4.2 Modelo Conceptual

O modelo conceptual é utilizado para descrever os conceitos que o instrumento original pretende medir, bem como as relações existentes entre estes. Através da aplicação deste modelo é possível garantir que os diferentes conceitos abordados no instrumento original (Esquema 1), foram reflectidos apropriadamente na língua-alvo durante o processo de tradução e retroversão (Ferreira e Marques, 1998).



Esquema 1 – Modelo Conceptual do FIQR (Bennett, *et al.*, 2009; Williams & Schilling, 2009)

2.4.3 Processo de Tradução e Retroversão

O processo de tradução e retroversão contribuíram para alcançar uma equivalência semântica entre o FIQR e a versão traduzida resultante desta etapa. No que diz respeito ao processo de tradução, este incluiu dois tradutores bilingues, um ligado à área da saúde e outro não, sendo que as duas traduções resultantes (Anexo VII e VIII) foram posteriormente sujeitas a uma comparação de modo a obter uma versão de consenso da tradução (Apêndice III). Esta versão de consenso, realizada juntamente com a orientadora do projecto, comparou as duas traduções com o intuito de escolher os termos traduzidos que mais se adaptavam ao instrumento original e aos utentes com FM.

Após a versão de consenso, a tradução final foi então enviada a dois novos tradutores bilingues, para proceder a uma retroversão (Anexo IX e X) do Português para a língua original do instrumento, o Inglês. Após concluída a retroversão, foi efectuada uma nova versão de consenso juntamente com a orientadora (Apêndice IV), sendo o resultado final enviado ao autor do instrumento de modo a verificar as divergências entre a versão original e a retroversão. O autor aprovou e autorizou a aplicação da versão portuguesa do FIQR (FIQR-P), tendo somente aconselhado a alteração do termo “Dificuldade” para “Muito difícil” de maneira a aumentar a coerência com a versão original do FIQR.

- Caracterização dos participantes no processo de Tradução e Retroversão

Como já foi referido, durante todo o processo de tradução e retroversão foram necessários quatro tradutores (tabela 3), sendo contactados dois tradutores com ligação à área da saúde, de maneira a conhecerem a terminologia referente à FM e os conceitos mais adequados ao tipo de instrumento, e outros dois tradutores que não tenham qualquer ligação a esta área, de modo a utilizarem uma linguagem mais comum à população em geral.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes no processo de tradução e retroversão

Etapa	Tradutor	Profissão	Tempo de exercício profissional	Grau de formação académica	Local onde exerce
Tradução	Leonor Borges	Secretária de administração/ Tradutora	35 anos	12º ano	Desempregada
	Carlos Rafael Figueiredo	Fisioterapeuta	2 anos	Licenciatura	Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)
Retroversão	Anne-France Beaufiles	Docente do Ensino Superior	15 anos	Doutoramento	Universidade Atlântica
	Sónia Bárcia	Fisioterapeuta e Docente do Ensino Superior	21 anos	Doutoramento	Universidade Atlântica

2.4.4 Validade de Conteúdo:

De modo a obter uma validade de conteúdo, o instrumento foi entregue a um painel (n = 12) constituído por sete peritos na área da FM e cinco utentes com esta condição clínica, sócios da Myos (Associação Nacional contra a FM e Síndrome da Fadiga Crónica). Estes participantes realizaram uma revisão do FIQR-P com o intuito de verificarem a adequação do instrumento para o propósito específico, tendo em conta a clareza, compreensão e grau de redundância dos itens e das escalas.

A análise da validade de conteúdo foi realizada com base no teste de compreensão do Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra, (Anexo XI), com o propósito de determinar se o domínio do conteúdo do instrumento em questão se encontra apropriado aos objectivos esperados,

avaliando-se se os componentes da instrumento englobam todos os aspectos da condição clínica a ser medida, e se o conteúdo da variável corresponde à designação que lhe foi atribuída (Ferreira e Marques, 1998).

A cada um dos elementos do painel foi entregue um documento adaptado do teste de compreensão do Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra (Apêndice VI), juntamente com uma grelha de caracterização sócio-demográfica. Esta grelha pretendia, no caso dos peritos, recolher dados referentes à experiência profissional, local onde exerce a profissão e formações específicas adicionais (Apêndice VII), e no que diz respeito ao grupo de utentes, pretendia-se recolher informações referentes à duração dos sintomas da FM, ano do primeiro diagnóstico da patologia, habilitações literárias e profissão (Apêndice VIII).

- Caracterização dos participantes na validade de conteúdo:

Em relação ao grupo de utentes (tabela 4), foram seleccionados 5 indivíduos, juntamente com a psicóloga da associação Myos, de maneira a conciliar os horários das consultas de psicologia dos utentes com a disponibilidade destes para realizarem a validade de conteúdo do FIQR-P.

Tabela 4 – Caracterização dos elementos do grupo de utentes

Grupo de Utentes	Profissão	Duração dos sintomas da FM (anos)	Primeiro diagnóstico de FM (anos)	Habilitações literárias
A. L.	Desempregada	6	4	9º ano
D. P.	Militar	6	2	12º ano
A. N.	Consultora (desempregada)	13	13	Licenciatura
I. L.	Designer	10	10	Licenciatura
M. F.	Directora Financeira e Gestora	7	4	Licenciatura

O grupo de peritos (tabela 5) foi constituído por sete *experts* na área da FM. Esta amostra foi escolhida por conveniência e apresenta como critérios de inclusão a experiência nesta condição clínica, sendo ainda considerado o tempo de experiência profissional e o grau académico de licenciatura ou mais. O contacto com estes profissionais foi realizado via *e-mail* (Apêndice V), sendo posteriormente os documentos para a validação entregues da mesma forma ou pessoalmente, consoante a disponibilidade do perito em questão.

Tabela 5 – Caracterização dos elementos do Painel de Peritos

Painel de Peritos	Profissão	Tempo de exercício profissional	Grau de formação académica	Local onde exerce
Rita Canaipa	Psicóloga/Investigadora	8 anos (na Myos)	Doutoramento	Myos
Maria Margarida Espanha	Docente Universitária	30 anos	Professora Associada	Faculdade de Motricidade Humana (FMH) – Universidade Técnica de Lisboa (UTL)
Inês Proença	Fisioterapeuta	7 anos	Licenciatura	CMRA - SCML
Ana Rita Henriques	Terapeuta Ocupacional	15 anos	Licenciatura	CMRA – SCML
Ana Cristina Sousa	Médica Fisiatra	12 anos	Licenciatura	CMRA – SCML
Jaime Branco	Médico Reumatologista	34 anos	Professor Catedrático	Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)
Maria Helena Santa-Clara Rodrigues	Fisiologista do Exercício e Docente Universitária	26 anos	Professora Auxiliar	FMH-UTL

3. Apresentação de resultados

Após a revisão por parte do painel, as alterações propostas (tabela 6) pelos elementos foram analisadas e verificada a sua pertinência e adequação para a utilização na versão final do FIQR-P (Apêndice IX), tendo-se salientado os seguintes aspectos:

- **Opinião geral sobre o instrumento:** De um modo geral, todos os elementos do painel reconheceram o instrumento como sendo compreensivo, intuitivo e que reflecte correctamente a sintomatologia e dificuldades dos utentes, no entanto, uma utente referem que o instrumento ainda se foca muito nas tarefas domésticas. É ainda sugerido a colocação do nome próprio do utente primeiro que o apelido, visto que o contrário é mais comum no estrangeiro.
- **Compreensão das instruções do instrumento:** Todos os elementos referiram não sentir qualquer dificuldade na sua compreensão.
- **Pontuação:** A maioria dos elementos do grupo de utentes considerou a classificação de zero a dez um pouco extensa, isto porque existem inúmeras hipóteses que poderão definir por exemplo o facto de ter alguma dificuldade em executar determinada tarefa. Para além disso, um perito, Ft. Inês Proença, sugeriu a alteração do termo “sub-total (apenas para uso interno)” para “pontuação (a preencher pelo avaliador)”.
- **Sugestões Adicionais:** Dois utentes (A. L. e I. L.) referiram a necessidade de acrescentar questões relacionadas com a vida social e as relações inter-pessoais e um perito salientou a necessidade de avaliar aspectos relacionados com a vida social, profissional, familiar, dificuldades do dia-a-dia e alterações psicológicas.

Tabela 6 – Resultados da Validade de Conteúdo

Questão FIQR-P	Resultados Validade de Conteúdo	Identificação do elemento	Classificação	Versão Final
Duração dos sintomas da FM (anos)	Sugestão 1 - Redacção alternativa de “FM” para “Fibromialgia”, necessário escrever por extenso para não confundir os utentes.	Ft. Inês Proença	2	Aceite
	Sugestão 2 – A palavra “sintomas” poderá levar a respostas que não reflectem a realidade da sintomatologia dos utentes, isto porque é uma questão abrangente, sendo necessário um termo mais adequado.	Dra. Ana Sousa		Rejeitada
Há quanto tempo foi a FM diagnosticada pela primeira vez (anos)	Sugestão - Redacção alternativa de “FM” para “Fibromialgia”, necessário escrever por extenso para não confundir os utentes.	Ft. Inês Proença	1	Aceite
Instruções	Sugestão 1 - Colocar as instruções por tópicos, de maneira a facilitar a compreensão aquando do preenchimento do FIQR-P.	T.O Ana Henriques e Dra. Ana Sousa	2	Aceite
	Sugestão 2 – Redacção alternativa de “caixa”: “quadrado”, devido ao estrangeirismo da palavra “caixa”.	Dra. Rita Canaipa e Prof. Jaime Branco		Aceite
	Sugestão 3 - Indicar que caso o utente não consiga realizar a actividade, deverá assinalar a última caixa <u>à direita</u> , de forma a não induzir em erro.	Dra. Maria Espanha e Dra. Rita Canaipa		Aceite
	Sugestão 4 – Redacção alternativa de “ Se não desempenhou uma das actividades” para “alguma(s) actividade(s)”	Prof. Jaime Branco		Aceite
	Sugestão 5 – Redacção alternativa de “nos últimos sete dias” para “na última semana”	Dra. Maria Espanha		Rejeitada
	Sugestão 6 – Redacção alternativa das primeiras instruções “...marque a caixa que melhor indica o grau de dificuldade que sentiu na última semana, devido à sua Fibromialgia, na realização das seguintes actividades”.	Dra. Maria Espanha		Rejeitada
	Sugestão 7 – Redacção alternativa de “..a intensidade destes sintomas comuns...” para “..a intensidade dos sintomas, problemas emocionais e outras comuns à Fibromialgia..” isto porque as questões não dizem respeito	Dra. Maria Espanha		Rejeitada

	apenas aos sintomas (dor, fadiga, rigidez, etc.) mas incluem outras manifestações clínicas associadas tais como as alterações de memória.			
	Sugestão 8 – Cada secção de perguntas deveria ter um título (1ª Secção - Actividades da Vida Diária; 2ª Secção - Impacto da Fibromialgia; 3ª Secção – Sintomas e problemas) sendo que as perguntas deveriam estar numeradas (1ª Secção – A.1 a A.9; 2ª Secção I.1 – I.2; 3ª Secção S.1 a S.10) de forma a facilitar a identificação das questões e o tratamento e análise de dados.	Dra. Maria Espanha		Rejeitada
Escovar ou pentear o cabelo	Sugestão - Retirar uma das palavras, visto que escovar e pentear apresentam significados muito semelhantes: “Pentear o seu cabelo”	Ft. Inês Proença	3	Rejeitada
Andar, sem parar, durante 20 minutos	Sugestão 1 - Esta questão poderá gerar alguma confusão, visto que a maioria das pessoas, mesmo sem FM, não têm por hábito andar 20 minutos sem parar, o que pode tornar difícil distinguir se é a FM que está a limitar ou se o simples facto da pessoa ser sedentária.	Dra. Maria Rodrigues	3	Rejeitada
	Sugestão 2 – Redacção alternativa: “Andar 20 minutos sem parar”, porque se adequa melhor à língua portuguesa.	Ft. Inês Proença		Aceite
Preparar uma refeição caseira	Sem sugestões.		1	
Aspirar, lavar ou varrer o chão	Sem sugestões.		1	
Levantar e carregar um saco cheio de compras	Sugestão - Redacção alternativa: “Levantar e carregar um saco de compras cheio” porque se adequa melhor à língua portuguesa.	Ft. Inês Proença	1	Rejeitada
Subir um lance de escadas	Sugestão - Identificar o número de degraus num lance (exemplo: 1 lance = 10 degraus) de forma a realizar um registo mais objectivo durante a avaliação de diferentes utentes.	Dra. Maria Rodrigues e Ft. Inês Proença	2	Aceite
Mudar os lençóis da cama	Sem sugestões.		1	
Sentar-se numa cadeira durante 45 minutos	Sugestão - Redacção alternativa de “sentar-se” para “Estar sentado” de maneira a aumentar a semelhança com as outras questões.	Ft. Inês Proença	2	Aceite

Ir às compras	Sem sugestões.		1	
A Fibromialgia impediu-me de alcançar os objectivos definidos para a semana	Sugestão - Redacção alternativa: “ A FM impediu-me de realizar as actividades da semana”	Dra. Ana Sousa	2	Rejeitada
Estava completamente dominado pelos meus sintomas da Fibromialgia	Sugestão 1 – Redacção alternativa de “estava” para “Estive” ou “Sentia-me”, de maneira a haver uma maior coerência com os tempos verbais do restante instrumento.	Prof. Jaime Branco, Dra. Maria Rodrigues e Dra. Maria Espanha	1	Aceite
	Sugestão 2 - Redacção alternativa de “dominado” para “limitado”, isto porque o instrumento é referente à última semana, não sendo adequado utilizar palavras como o “nunca” ou “sempre”.	Dra. Maria Santa-Clara, Dra Maria Espanha e Utente I. L		Aceite
Por favor classifique o seu nível de dor	Sugestão 1 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença	1	Aceite
Por favor classifique o seu nível de energia	Sugestão 1 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença	1	Aceite
Por favor classifique o seu nível de rigidez	Sugestão 1 - Necessário acrescentar uma breve descrição do termo rigidez e indicar se esta é muscular, articular ou ambas.	Dra. Maria Espanha	2	Rejeitada
	Sugestão 2 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença		Aceite
Por favor classifique a qualidade do seu sono	Sugestão 1 - Introduzir palavras que englobem os dois géneros “repousada (o) e cansada (o)”. Colocando primeiro no feminino devido à maior prevalência da FM neste género.	Prof. Jaime Branco	1	Aceite
	Sugestão 2 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença		Aceite
Por favor classifique o seu nível de depressão	Sugestão 1 - Introduzir palavras que englobem os dois géneros “deprimida(o)”. Colocando primeiro no feminino devido à maior prevalência da FM neste género.	Prof. Jaime Branco	1	Aceite

	Sugestão 2 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença		Aceite
Por favor classifique o seu nível de problemas com a memória	Sugestão 1 - “Por favor classifique o seu nível de memória”	Dra. Maria Espanha	1	Rejeitada
	Sugestão 2 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença		Aceite
Por favor classifique o seu nível de ansiedade	Sugestão 1 - Introduzir palavras que englobem os dois géneros “ansiosa(o)”. Colocando primeiro no feminino devido à maior prevalência da FM neste género.	Prof. Jaime Branco	2	Aceite
	Sugestão 2 - Redacção alternativa a “sem ansiedade”: “muito calmo”	Dra. Maria Espanha		Rejeitada
	Sugestão 3 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença		Aceite
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade ao toque	Sugestão 1 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença	1	Aceite
Por favor classifique o seu nível de problemas de equilíbrio	Sugestão 1 - Redacção alternativa de “desequilíbrio grave”: alterar para “muito desequilíbrio” para ficar de acordo com a primeira opção da pontuação (nenhum desequilíbrio).	Dra. Maria Rodrigues	2	Rejeitada
	Sugestão 2 – A escala induz em erro, isto porque a pergunta esta feita pela negativa. Utilizar o termo equilíbrio em vez de desequilíbrio “Sem problemas de equilíbrio---muitos problemas de equilíbrio”	Dra. Maria Espanha		Rejeitada
	Sugestão 3 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença		Aceite
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes, cheiros e frio.	Sugestão 1 - Redacção alternativa de “sensibilidade extrema” para “muito sensível” ou “muita sensibilidade”, de maneira a ficar semelhante à questão relacionada com a sensibilidade ao toque e por ser mais adequado aos utentes.	Dra. Maria Espanha e Dra. Maria Rodrigues	2	Rejeitada
	Sugestão 2 – Retirar o “por favor” e colocá-lo somente nas instruções “...por favor marque a caixa que melhor...”	Ft. Inês Proença		Aceite

Nota - Classificação: 1 = Concordo totalmente; 2= Concordo; 3 = Não concordo e nem discordo; 4 = Discordo; 5 = Discordo totalmente.

4. Etapas a realizar para concluir a adaptação

De forma a dar continuidade ao presente projecto e concluir a adaptação e validação do FIQR para a realidade portuguesa, é necessário ainda estudar e verificar algumas características psicométricas tais como a Fiabilidade e Validade de Critério, desta forma é necessário realizar as seguintes etapas descritas:

1. População-Alvo e Amostra

A população-alvo para a continuação do processo de validação será composta por pacientes adultos (≥ 18 anos) diagnosticados com FM há pelo menos 5 anos, segundo os critérios do ACR 2010, sendo ainda membros sócios da Myos. A amostra seleccionada será uma amostra por conveniência de no mínimo 200 participantes ($n \geq 200$), tendo em consideração o tamanho da amostra utilizada no instrumento original.

- **Critérios de Inclusão:** Utentes adultos membros da Myos com diagnóstico de FM há pelo menos 5 anos, confirmado por um médico reumatologista, devendo ainda apresentar nível cognitivo suficiente para compreender os procedimentos e acompanhar as orientações dadas, ter disponibilidade para participar no estudo, ser capaz de dar consentimento informado e completar o instrumento.
- **Critérios de Exclusão:** Utentes com menos de 18 anos, analfabetos, que apresentem problemas cognitivos ou de literacia.

2. Pedido de autorização à MYOS

Após obter a validade de conteúdo do FIQR- P e definir a população e a amostra, irá ser pedida por escrito, via *e-mail*, à presidente da Myos, a autorização para a aplicação da versão portuguesa do FIQR-P a um grupo de utentes desta associação (Apêndice X). Os utentes requisitados deverão preencher os critérios acima referidos e serão informados de todos os aspectos, detalhes e objectivos referentes ao projecto em questão, sendo ainda entregue um consentimento informado de forma a obter o consentimento do utente, mantendo sempre o seu anonimato em todo o processo.

3. Aplicação e avaliação do instrumento final:

3.1. Fiabilidade

Após obter a versão final portuguesa do FIQR-P e a autorização da Myos para aplicar o instrumento a um grupo de utentes com FM, esta versão irá ser aplicada em dois momentos distintos a estipular (**teste-reteste**), de forma a avaliar a fiabilidade deste instrumento, determinando assim até que ponto o mesmo instrumento produz a mesma resposta no mesmo grupo de participantes, independentemente da forma, lugar ou altura em que é aplicado.

A fiabilidade é o grau de liberdade que um instrumento apresenta e que deve estar isento de erro aleatório, o que pressupõe homogeneidade de conteúdo e consistência interna, permitindo desta forma obter uma estabilidade inter-temporal e uma concordância do instrumento em questão, mesmo que esta seja aplicada por diferentes avaliadores em diferentes períodos de tempo (Ferreira e Marques, 1998).

A **consistência interna** irá ser testada através do coeficiente α (alfa) de Cronbach que se baseia nas correlações possíveis entre dois conjuntos de itens dentro de um teste. O coeficiente de fiabilidade (α de Cronbach) descreve a proporção relativa da variável de erro (Ferreira e Marques, 1998).

3.2. Validade de Critério

No primeiro momento em que for aplicada a versão portuguesa do FIQR, será também entregue, na mesma altura, a segunda versão do questionário de estado de saúde (SF-36v2) validado na língua portuguesa (Anexo XII), tendo sido pedida autorização para a utilização do questionário (Apêndice XI), de maneira a avaliar a validade de critério do FIQR-P. A avaliação deste tipo de validade irá demonstrar se os valores obtidos com o instrumento FIQR-P estão relacionados com uma medida critério, o SF-36v2, demonstrando assim a correspondência entre os dois instrumentos, através do coeficiente de correlação de *Pearson* (Ferreira e Marques, 1998).

Segundo Severo e colegas (2006) o SF-36v2 tem como objectivo medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem patologias, monitorizar e comparar utentes com múltiplas condições e comparar o estado de saúde de utentes portadores de patologia com o da população em geral. Este questionário apresenta oito domínios (função e desempenho físico, dor, saúde geral e mental, vitalidade, função social e desempenho emocional) apresentando as seguintes características psicométricas:

- **Equivalência semântica:** obtida através da tradução e retroversão;
- **α de Cronbach:** entre 0,60 (função social) e 0,87 (função física e saúde geral);
- **Reprodutibilidade** (1 semana): r entre 0,45 (dor) e 0,79 (desempenho físico);
- **Validade de conteúdo:** Relações entre cada item com valores de r sempre superiores a 0,4;
- **Testes de consistência interna:** Taxas de êxito geral entre 90% e 100% (excepto na função social); testes de discriminação com taxas de êxito geral de 56% a 100%;

Para além dos instrumentos acima referidos (FIQR-P e SF-36v2), irão ainda ser entregues o consentimento informado (Apêndice XII) e a grelha para caracterização sócio-demográfica e duração dos sintomas dos participantes (Apêndice XIII).

4. Análise estatística dos dados:

Para o cálculo estatístico do presente estudo irá ser utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences software for Windows* (versão 20.0, SPSS Inc. Chicago, IL), juntamente com folhas de cálculo do *Excel*. O coeficiente de correlação da validade critério poderá ser verificado por testes paramétricos ou não-paramétricos e através do coeficiente de correlação de *Pearson*. Para avaliar a consistência interna, irá ser utilizado o coeficiente α de Cronbach, de maneira a descrever a proporção relativa à variável erro.

Reflexões Finais e Conclusão

A FM é uma condição clínica cada vez mais comum e com crescente prevalência na população portuguesa, porém, apesar do aumento visível no número de casos observados, existe ainda uma grande controvérsia em redor do esclarecimento da fisiopatologia desta condição, bem como um difícil diagnóstico e confirmação da presença da mesma.

De maneira a facilitar o correcto diagnóstico da FM, os profissionais de saúde deverão ter à sua disponibilidade o maior número possível de instrumentos e meios de avaliação, que facilitem e auxiliem no momento de diagnóstico e avaliação do utente com FM, desta forma, será necessário existirem instrumentos de medida devidamente validados e fiáveis que quantifiquem o estado de saúde, a progressão clínica e os resultados terapêuticos dos utentes com FM, de maneira a facilitar igualmente a comparação dos resultados obtidos.

O FIQ-P, versão portuguesa do FIQ, era um dos instrumentos utilizados na investigação e prática clínica com o intuito de avaliar o estado de saúde, a evolução e a capacidade funcional dos utentes com FM, bem como a sua progressão clínica e resultados terapêuticos. No entanto, foi realizada uma revisão do instrumento original o que levou ao desenvolvimento de uma nova versão, o FIQR, que não se encontra adaptado nem validado para a realidade portuguesa, sendo esse o grande objectivo deste projecto, disponibilizando desta forma um instrumento de medida adaptado, validado e fiável para a prática clínica.

Durante a adaptação do FIQR para a língua portuguesa, obteve-se uma boa equivalência semântica, comprovada através do processo de tradução e retroversão, bem como um elevado nível de consenso referente à validade de conteúdo, sendo somente aconselhadas algumas alterações que foram consideradas e ponderadas consoante o seu nível de pertinência.

Para dar continuidade ao presente trabalho, sugere-se a verificação da fiabilidade através da reprodutibilidade do teste-reteste, da consistência interna através do

coeficiente α de Cronbach e da validade de critério através do coeficiente de correlação de *Pearson* do FIQR-P com o questionário SF-36v2, sendo aconselhado seguir as etapas descritas na metodologia, de forma a obter uma correcta verificação e validade do FIQR-P, de acordo com as linhas metodológicas do instrumento original, sendo ainda de extrema importância avaliar a sensibilidade do FIQR-P num futuro próximo.

Como limitações resultantes da elaboração do projecto, é de salientar a dificuldade relativamente à gestão do tempo, mais especificamente o tempo de resposta dos elementos do painel envolvido na validade de conteúdo, visto que inicialmente o painel era constituído por 20 elementos, porém só foi possível obter resposta de 12, o que não prejudicou o trabalho, somente enriqueceria o processo de validade de conteúdo, pois seria possível obter mais opiniões em relação ao FIQR-P.

Com a elaboração deste projecto e seguindo as etapas descritas, será possível concluir a validação do FIQR-P e disponibilizá-lo para a utilização na prática clínica, facilitando desta forma a avaliação dos utentes com FM, por parte dos profissionais de saúde, permitindo definir correctamente qual o seu estado de saúde, capacidade funcional e planear uma estratégia de intervenção adequada, consoante as necessidades do utente. De um modo geral, com este projecto procurou-se reduzir as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde, referentes à carência de um instrumento actualizado e fiável para a prática clínica.

Referências Bibliográficas

- Abeles, M., Solitar, B., Pillinger, M. e Abeles, A., (2008). "Update on Fibromyalgia Therapy". *The American Journal of Medicine*, **121**, 7, pp. 555-561.
- Ablin, J., Neumann, L. e Buskila, D., (2008). "Pathogenesis of Fibromyalgia - A Review". *Joint Bone Spine*, **75**, pp. 273-279.
- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I. e Aguglia, E., (2010). "Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates". *Journal of Affective Disorders*, **128**, pp. 262-266.
- Arnold, L., Clauw, D. e McCarberg, B., (2011). "Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia". *Mayo Clinic Proceedings*, **86**, 5, pp. 457-464.
- Bennett, R., (2005). "The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): A review of its development, current version, operating characteristics and uses". *Clinical and Experimental Rheumatology*, **23**, 39, pp. S154-S162.
- Bennett, R. Friend, R., Jones, K., Ward, R., Han, B. e Ross, R., (2009). "The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties". *Arthritis Research & Therapy*, **11**, 4.
- Boomershine, C., (2011). "A Comprehensive Evaluation of Standardized Assessment Tools in the Diagnosis of Fibromyalgia and in the Assessment of Fibromyalgia Severity". *Pain Research and Treatment*, **2012**, pp. 1-11.
- Bradley, L., (2009). "Pathophysiology of Fibromyalgia". *The American Journal of Medicine*, Dezembro, **122**, 12A, pp. S23-S30.
- Branco, J., (2006). *Grandes Síndromes em Reumatologia*. Lousã: LIDEL.

- Burckhardt, C., Clark, S. e Bennet, R., (1991). "The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation". *The Journal of Rheumatology*, **18**, 5, pp. 728-733.
- Buskila, D., (2009). "Fibromyalgia: The diagnosis and pharmacologic treatment". *European Journal of Pain Supplements*, **3**, pp. 111-115.
- Carville, S., Arendt-Nielsen, S., Bliddal, H., Blotman, F., Branco, J., Buskila, D., Silva, J., Danneskiold-Samsoe, B., Dincer, F., Henriksson, C., Henrikssokn, K., Kosek, K., Longley, K., McCarthy, G., Perrot, S., Puszczewicz, M., Sarzi-Puttini, P., Silman, A., Späth, M. e Choy, E. (2007). "EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome". *British Medical Journal*.
- Clauw, D., (2009). "Fibromyalgia: An Overview". *The American Journal of Medicine*, **122**, 12A, pp. S3-S13.
- Cöster, L., Kendall, S., Gerdle, B., Henriksson, C., Henriksson, K. e Bengtsson, A., (2008). "Chronic widespread musculoskeletal pain - A comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not". *European Journal of Pain*, **12**, pp. 600-610.
- Ediz, L., Hiz, O., Toprak, M., Tekeoglu, I. e Ercan, S., (2010). "The Validity and Reliability of the Turkish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire". *Clinical Rheumatology*.
- Ferreira, P. e Marques, F., (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*, Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Fietta, P., Fietta, P. e Manganelli, P., (2007). "Fibromyalgia and Psychiatric Disorders". *Acta Biomed*, **78**, pp. 88-95.

- Finch, E., Brooks, D., Startford, P. e Mayo, N., (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures: A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*. (2ª ed.). Canadá: BC Decker.
- Glass, J., (2008). "Fibromyalgia and Cognition". *Journal of Clinical Psychiatry*, **69**, 2, pp-20-24
- Goldenberg, D., (2009). "Diagnosis and Differential Diagnosis of Fibromyalgia". *The American Journal of Medicine*, **122**, 12A, pp. 14-21.
- Grodman, I., Buskila, D., Arnsen, Y., Altaman, A., Amital, D. e Amital, H., (2011). "Understanding Fibromyalgia and its Resultant Disability". *Israel Medical Association Journal*, **13**, pp. 769-772.
- Häuser, W., Biewer, W., Gesmann, M., Kühn-Becker, H., Petzke, F., Wilmoswky, H., Langhorst, J. e Glaesmer, H., (2011). "A comparison of the clinical features of fibromyalgia syndrome in different settings". *European Journal of Pain*, **15**, pp. 936-941.
- Homann, D., Stefannello, J., Góes, S., Breda, C., Paiva, E. e Leite, N., (2012). "Stress perception and depressive symptoms - "Functionality and Impact on the Quality of Life of women with fibromyalgia". *Revista Brasileira de Reumatologia*, **52**, 3, pp. 319-330.
- Imamura, M., Cassius, D. e Fregni, F., (2009). "Fibromyalgia: From treatment to rehabilitation". *European Journal of Pain Supplements*, **3**, pp. 117-122.
- Leavitt, F. e Katz, R., (2006). "Distraction as a key determinant of impaired memory in patients with fibromyalgia". *Journal of Rheumatology*, **33**, 1, pp. 127-132.
- Mease, P., Arnold, L., Crofford, L., Williams, D., Russell, I., Humphrey, L., Abetz, L. e Martin, S., (2008). "Identifying the Clinical Domains of Fibromyalgia: Contributions From Clinician and Patient Delphi Exercises". *Arthritis & Rheumatism*, **59**, 7, pp-952-960.

- Mourão, A., Blyth, F. e Branco, J., (2010). "Generalised Musculoskeletal Pain Syndromes". *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, **24**, pp. 829-840.
- Prodinger, B., Cieza, A., Williams, D., Mease, P., Boonen, A., Kerschman-Shindl, K., Fialka-Moser, V., Smolen, J., Stucki, G., Machold, K e Stamm, T., (2008). "Measuring Health in Patients with Fibromyalgia: Content Comparasion of Questionnaires Based on the International Classification of Functiong, Disability and Health". *Arthritis & Rheumatism*, **59**, 5, pp. 650-658.
- Rosado, M. L., Pereira, J., Fonseca, J. e Branco, J., (2006). "Adaptação cultural e validação do "Fibromyalgia Impact Questionnaire" - Versão Portuguesa". *Acta Reumatológica Portuguesa*, **31**, pp. 157-165.
- Rothenberg, R., (2010). "2010 Fibromyalgia Pathophysiology & Treatment - A guide for patients & physicians. Disponível Online em: www.fmpartnership.org. último acesso em Outubro 2011.
- Sarzi-Puttini, P. Buskila, D., Carrabba, M., Doria, A. e Atzeni, F., (2008). Treatment Strategy in Fibromyalgia Syndrome: Where Are We Now?". *Pain*, pp. 353-365.
- Severo, M., Santos, A., Lopes, C. e Barros, H., (2006). "Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do SF-36." *Acta Médica Portuguesa*, **19**, pp. 281-288.
- Shiple, M., (2010). "Chronic Widespread Pain and Fibromyalgia Syndrome". *Medicine*, **38**, 4, pp. 202 - 204.
- Smith, H., Harris, R. e Clauw, D., (2011). "Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome". *Pain Physician*, **14**, pp. E217-E245.
- Srifi, N., Bahiri R., Rostom, S., Bendeddouche, I., Lazrek, N. e Hajjaj-Hassouni, N., (2012). "The validity and reliability of the Moroccan version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire". *Rheumatology International*, pp. 1-5.

- Staud, R., (2011). "Evidence for Shared Pain Mechanisms in Osteoarthritis, Low Back Pain and Fibromyalgia". *Current Rheumatology Reports*, **13**, pp. 513-520.
- Verbunt, J., Pernot, D. e Smeets, R., (2008). "Disability and quality of life in patients with fibromyalgia". *Health and Quality of Life Outcomes*, **6**, pp. 1-8.
- Williams, D. e Schilling, S., (2009). "Advances in the Assessment of Fibromyalgia". *Rheumatic Disease Clinics - North America*, **35**, 2, pp. 339-357.
- Wolfe, F., (2010). "New American College of Rheumatology Criteria for Fibromyalgia: A Twenty-Year Journey". *Arthritis Care & Research*, **62**, 5, pp. 583-583.
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunun, M., Bennett, R., Bombardier, C., Goldenberg, D., Tugwell, P., Campbell, S., Abeles, M., Clark, P., Fam, A., Farber, S., Fiechtner, J., Franklin, C., Gatter, R., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A., Masi, A., McCain, G., Reynolds, W., Romano, T., Russell, I. e Sheon, R., (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, **33**, 2, pp. 160-172.

Apêndice I

Cronograma

Actividades	2011			2012												2013	
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Reunião com o Orientador do projecto																	
Escolha do Tema																	
Pesquisa																	
Análise da informação recolhida																	
Enquadramento Teórico																	
Relevância do Tema																	
Início da descrição da metodologia do estudo																	
Definição dos objectivos, dos processos de equivalência semântica e da validade de conteúdo																	
Definição da população-alvo e da amostra do estudo																	
Elaboração das grelhas de caracterização do painel de peritos e do grupo de utentes																	
Reunião com 4 tradutores bilingues																	
Entrega da versão original do instrumento para tradução																	
Recepção das traduções realizadas																	
Elaboração da versão de consenso da tradução																	
Retroversão da versão de consenso																	
Recepção das retroversões realizadas																	
Realização da versão de consenso da retroversão																	
Entrega da versão de consenso ao autor original																	
Resposta do autor à versão de consenso																	
Entrega do instrumento ao painel de peritos																	
Recepção da resposta do painel de peritos																	
Discussão dos resultados da validade de conteúdo																	
Conclusão do projecto																	
Apresentação do projecto																	
Pedido de autorização para utilização do SF-36v2																	
Elaboração da grelha de caracterização sócio-demográfica e do consentimento informado para a amostra																	
Contacto com a MYOS para aplicação do instrumento																	
Aplicação do instrumento à amostra em estudo																	
Início do tratamento de dados																	
Apresentação dos resultados																	
Conclusão da adaptação transcultural e validação do FIQR-P																	

Apêndice II

Pedido de Autorização ao Autor do Instrumento

Pedido de Autorização para elaboração da Adaptação Transcultural e Validação do FIQR para a realidade portuguesa.

De: palves90@gmail.com

Para: bennetrob1@comcast.net

Data: 21 de Fevereiro de 2011 17:29

Assunto: FIQR

Dear Dr. Bennett

My name is Patrícia Alves and I'm a student at the 3rd year of Physical Therapy course, at the Atlântica University - Portugal.

I know your interesting work in the development of the "Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire" and I've a special interest in the measurement of fibromyalgia patient status, progress and outcomes.

I would like to give contribute to validate the questionnaire for the Portuguese language; for that I need your agreement and kindly ask you to send me the complete scale with the manual instructions and, if possible, the bibliography and information about the validation in other countries, if any.

I would like the explanation for the fact of the FIQ have been superseded by the FIQR in 2009, or where can I find that.

Please tell me the relative fees, if necessary.

This work is a priority to finish my course, so I'm looking forward to hear from you.

Thank you in advanced for your quick answer.

Yours sincerely

Patrícia Alves

Apêndice III

Versão de Consenso da Tradução

Versão de Consenso da Tradução

FIQR-P

Apelido:

Nome:

Idade:

Duração dos sintomas da FM (anos): _____

Há quanto tempo foi a FM diagnosticada pela primeira vez (anos): _____

Instruções: Para cada uma das 9 perguntas seguintes, marque a caixa que melhor indica o quanto a sua Fibromialgia dificultou a execução das seguintes actividades durante os últimos 7 dias. Se não desempenhou uma das actividades nos últimos 7 dias, considere o nível de dificuldade para a última vez ue realizou a actividade. Se não consegue realizar uma determinada actividade, assinale a última caixa.

Escovar ou pentear o cabelo	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Andar, sem parar, durante 20 minutos	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Preparar uma refeição caseira	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Aspirar, lavar ou varrer o chão	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Levantar e carregar um saco cheio de compras	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Subir um lance de escadas	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Mudar os lençóis da cama	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Sentar-se numa cadeira durante 45 minutos	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil
Ir às compras	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Dificil

Sub-total (apenas para uso interno)

Instruções: Para cada uma das 2 perguntas seguintes, marque a caixa que melhor descreve o impacto geral da sua Fibromialgia durante os últimos 7 dias.

A Fibromialgia impediu-me de alcançar os objectivos definidos para a semana	Nunca <input type="checkbox"/> Sempre
Estava completamente dominado pelos meus sintomas da Fibromialgia	Nunca <input type="checkbox"/> Sempre

Sub-total (apenas para uso interno)

Instruções: Para cada uma das seguintes 10 perguntas, marque a caixa que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns da Fibromialgia durante os últimos 7 dias

Por favor classifique o seu nível de dor	Sem Dor <input type="checkbox"/> Dor Insuportável
Por favor classifique o seu nível de energia	Muita Energia <input type="checkbox"/> Sem Energia
Por favor classifique o seu nível de rigidez	Sem Rigidez <input type="checkbox"/> Muita Rigidez
Por favor classifique a qualidade do seu sono	Bem repousado ao acordar <input type="checkbox"/> Muito cansado ao acordar
Por favor classifique o seu nível de depressão	Sem Depressão <input type="checkbox"/> Muito deprimido
Por favor classifique o seu nível de problemas com a memória	Boa Memória fraca <input type="checkbox"/> Memória muito

Por favor classifique o seu nível de ansiedade	Sem Ansiedade <input type="checkbox"/> Muito Ansioso
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade ao toque	Sem Sensibilidade <input type="checkbox"/> Muito Sensível
Por favor classifique o seu nível de problemas de equilíbrio	Nenhum desequilíbrio <input type="checkbox"/> Desequilíbrio grave
Por favor classifique o seu nível de sensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes, cheiros e frio.	Sem Sensibilidade Extrema <input type="checkbox"/> Sensibilidade

Sub-total (apenas para uso interno)

FIQR-P TOTAL (apenas para uso interno)

Apêndice IV

Versão de Consenso da Retroversão

Versão de Consenso da Retroversão

FIQR-P

Surname:

Name:

Age:

Duration of symptoms da FM (years): _____

How long ago was FM diagnosed for the first time (years): _____

Instructions: For each of the following 9 questions, please tick the box that best indicates how much fibromyalgia made it difficult to perform the following activities during the past 7 days. If you haven't performed any of those activities in the last 7 days, please consider the difficulty level for the last time you performed it. If you are not able to perform one of those activities, please tick the last box.

Brush or comb your hair	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty
Walk nonstop for 20 minutes	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty
Prepare a homemade meal	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty
Vacuum , clean or sweep the floor	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty
Lift and carry a full shopping bag	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty
Climb one flight of stairs	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty
Change bed sheets	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty

	Difficulty
Sit in a chair for 45 minutes	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty
Go shopping	No Difficulty <input type="checkbox"/> Very Difficulty

Sub-total (for internal use only)

Instructions: For each of the 2 following questions, please tick the box that best describes the general impact fibromyalgia on the last 7 days.

Fibromyalgia prevented me from reaching my goals for the week	Never <input type="checkbox"/> Always
I was completely overwhelmed by my fibromyalgia symptoms	Never <input type="checkbox"/> Always

Sub-total (for internal use only)

Instructions: For each of the 10 following questions, please tick the box that best indicates the intensity of the symptoms common in fibromyalgia, over the last 7 days

Please classify your level of pain	No pain <input type="checkbox"/> Unbearable pain
Please classify your level of energy	Lots of energy <input type="checkbox"/> No energy
Please classify your level of stiffness	No stiffness <input type="checkbox"/> Very stiffness

Please classify the quality of your sleep	Waking well rested <input type="checkbox"/> Waking very tired
Please classify your level of depression	No depression <input type="checkbox"/> Very depressed
Please classify your level of memory problems	Good memory <input type="checkbox"/> Weak memory
Please classify your level of anxiety	Not anxious <input type="checkbox"/> Very anxious
Please classify your level of sensitivity to touch	No sensitivity <input type="checkbox"/> Very sensitive
Please classify your level of balance problems	No imbalance <input type="checkbox"/> Severe imbalance
Please classify your level of sensitivity to loud noises, bright lights, odors and cold	No sensitivity <input type="checkbox"/> Extreme sensitivity

Sub-total (for internal use only)

FIQR-P TOTAL (for internal use only)

Apêndice V

Pedido de Participação aos elementos do Painel de Peritos

Carta de Pedido de Participação enviada aos elementos do Painel de Peritos

Exmo(a). Sr(a).

O meu nome é Patrícia Alexandra Oliveira Alves e sou aluna do 4º ano da Licenciatura em Fisioterapia da Universidade Atlântica.

Actualmente encontro-me a desenvolver um projecto no âmbito da disciplina de “Seminário de Monografia”, com a orientação da Professora Maria da Lapa Rosado, o qual apresenta como tema a “Adaptação Transcultural e Validação de um Instrumento de Medida – The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)”, sendo que o referido projecto tem como objectivo geral dar um contributo para a adaptação e validação deste questionário para a realidade portuguesa.

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para integrar no comité de Peritos que irá verificar a validade de conteúdo deste instrumento, através do preenchimento de um documento, com base no documento do Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra, o Diagnostic Thinking Inventory, de modo a determinar se o domínio do conteúdo do instrumento em questão é apropriado aos objectivos esperados.

A sua colaboração é fundamental, considerando que a exequibilidade deste projecto só será possível com a sua participação, de forma a traduzir o produto final deste trabalho num instrumento devidamente traduzido, validado e que permita a avaliação da condição clínica de Fibromialgia da população Portuguesa.

Gostaria de saber se poderei contar com a sua colaboração para concluir a validação deste instrumento e finalizar o meu projecto de licenciatura. Caso aceite, irei posteriormente enviar-lhe os documentos necessários para esta validação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente,

Patrícia Alves

Apêndice VI

Teste de Compreensão para a Validade de Conteúdo

Adaptação do teste de compreensão para avaliação da validade de conteúdo do FIQR – versão portuguesa

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 objectivo deste documento é:

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

É de salientar que a estrutura inicial do questionário não deverá ser alterada (número de itens, opções de resposta, ...). Qualquer alteração apenas se deve cingir à formulação das frases. O preenchimento deve ser realizado da seguinte maneira:

1. Avaliar somente a formulação das perguntas e não fornecer respostas ao questionário em si.
2. Fornecer as suas opiniões gerais sobre o questionário:
 - a. É, no geral, claro, fácil de compreender e fácil de responder?
 - b. É longo?
 - c. Está adaptado à situação da pessoa e à situação clínica?
 - d. As instruções são claras e objectivas?
3. Percorra todo o questionário, **pergunta a pergunta** e verifique se:
 - a. A pergunta é difícil de compreender ou de responder: Se sim, porquê?
 - b. O conceito subjacente está correctamente interpretado, isto é, não existe formulação ambígua que possa causar mais do que uma interpretação possível; a linguagem usada deve facilmente ser compreensível e coloquial.
 - c. Faria a pergunta de uma outra maneira.
 - d. As opções de resposta são claras e coerentes com a pergunta.

- e. Concorda com a pergunta, tendo em conta a seguinte classificação quantitativa: 1 = Concordo totalmente; 2= Concordo; 3 = Não concordo e nem discordo; 4 = Discordo; 5 = Discordo totalmente

A intenção deste teste é produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar. Os comentários dos sujeitos inquiridos irão posteriormente ser compilados, sendo de seguida preenchida uma folha de resumo com as alterações sugeridas.

Teste de Compreensão

Opinião Geral sobre o questionário:

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?

Pergunta:	Classificação Quantitativa (1 a 5)	Sugestão
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?		
O que significa para si? Como a interpreta?		
É relevante para a situação? Faz sentido?		
Teria escrito esta pergunta de outro modo?		
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?		

Pergunta:	Classificação Quantitativa (1 a 5)	Sugestão
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?		
O que significa para si? Como a interpreta?		
É relevante para a situação? Faz sentido?		
Teria escrito esta pergunta de outro modo?		
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?		

Pergunta:	Classificação Quantitativa (1 a 5)	Sugestão
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?		
O que significa para si? Como a interpreta?		
É relevante para a situação? Faz sentido?		
Teria escrito esta pergunta de outro modo?		
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?		

Apêndice VII

Grelha de Caracterização dos elementos do Painel de Peritos

Grelha de Caracterização dos elementos do Painel de Peritos

Nome completo: _____

Data: ____/____/____

Profissão: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Local onde exerce a profissão: _____

Formação específica/pós-graduada na área profissional:

Grau Académico: _____

Assinatura:

Apêndice VIII

Grelha de Caracterização dos elementos do grupo de utentes

Grelha de Caracterização dos elementos do grupo de utentes para a Validade de Conteúdo

Nome completo: _____

Data: ____/____/____

Duração dos sintomas da Fibromialgia (anos): _____

Há quanto tempo foi a Fibromialgia diagnosticada pela primeira vez (anos) _____

Profissão: _____

Habilitações Literárias: _____

Assinatura:

Apêndice IX

Versão Final FIQR-P

“The Fibromyalgia Impact Questionnaire – Versão Portuguesa”

FIQR-P

Nome:

Apelido:

Idade:

Duração dos sintomas da Fibromialgia (anos): _____

Há quanto tempo foi a Fibromialgia diagnosticada pela primeira vez (anos): _____

Instruções:

Para cada uma das 9 perguntas seguintes, marque o quadrado que melhor indica o quanto a sua Fibromialgia dificultou a execução das seguintes actividades durante os últimos 7 dias.

Se não desempenhou alguma das actividades nos últimos 7 dias, considere o nível de dificuldade para a última vez que realizou a actividade.

Se não consegue realizar uma determinada actividade, assinale a última caixa à direita.

Escovar ou pentear o cabelo	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Andar durante 20 minutos sem parar	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Preparar uma refeição caseira	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Aspirar, lavar ou varrer o chão	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Levantar e carregar um saco cheio de compras	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Subir um lance de escadas (10 degraus)	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Mudar os lençóis da cama	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Estar sentado numa cadeira durante 45 minutos	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil
Ir às compras	Sem Dificuldade <input type="checkbox"/> Muito Difícil

Sub-total (apenas para uso interno)

Instruções: Para cada uma das 2 perguntas seguintes, marque o quadrado que melhor descreve o impacto geral da sua Fibromialgia durante os últimos 7 dias.

A Fibromialgia impediu-me de alcançar os objectivos definidos para a semana	Nunca <input type="checkbox"/> Sempre
Sentia-me completamente limitado pelos meus sintomas da Fibromialgia	Nunca <input type="checkbox"/> Sempre

Sub-total (apenas para uso interno)

Instruções: Para cada uma das seguintes 10 perguntas, por favor marque a caixa que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns da Fibromialgia durante os últimos 7 dias

Classifique o seu nível de dor	Sem Dor <input type="checkbox"/> Dor Insuportável
Classifique o seu nível de energia	Muita Energia <input type="checkbox"/> Sem Energia
Classifique o seu nível de rigidez	Sem Rigidez <input type="checkbox"/> Muita Rigidez
Classifique a qualidade do seu sono	Bem repositada(o) ao acordar <input type="checkbox"/> Muito cansada(o) ao acordar
Classifique o seu nível de depressão	Sem Depressão <input type="checkbox"/> Muito deprimida(o)
Classifique o seu nível de problemas com a memória	Boa Memória <input type="checkbox"/> Memória muito fraca
Classifique o seu nível de ansiedade	Sem Ansiedade <input type="checkbox"/> Muito Ansiosa(o)
Classifique o seu nível de sensibilidade ao toque	Sem Sensibilidade <input type="checkbox"/> Muito Sensível
Classifique o seu nível de problemas de equilíbrio	Nenhum desequilíbrio <input type="checkbox"/> Desequilíbrio grave

Classifique o seu nível de sensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes, cheiros e frio.	Sem Sensibilidade <input type="checkbox"/> Sensibilidade Extrema
--	--

Sub-total (apenas para uso interno)

FIQR-P TOTAL (apenas para uso interno)

Apêndice X

Pedido de Autorização à Myos para realização do estudo

E-mail a ser enviado à Coordenadora da Delegação de Lisboa da Myos

De: palves90@gmail.com

Para: sede@myos.pt; lisboa@myos.pt

Data:

Assunto: Validação de um instrumento de avaliação da Fibromialgia

Exm^a Sr^a Maria Freire

O meu nome é Patrícia Alves e sou estudante do 3º ano de Fisioterapia da Universidade Atlântica. Actualmente estou a realizar um ante-projecto no âmbito de uma unidade curricular da minha licenciatura e este estudo tem como tema a “Adaptação Transcultural e Validação do Instrumento “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – (FIQR)” para a versão portuguesa.

Após o contacto com o autor do instrumento foi dado o consentimento para prosseguir com o estudo. Gostaria de saber qual a disponibilidade da Myos e dos seus associados, para colaborarem no processo de validação, respondendo ao questionário a ser fornecido, que corresponde à versão portuguesa da FIQR, de maneira a validar esta escala para a realidade portuguesa.

Sem mais assunto, agradeço desde já a sua disponibilidade.

Atenciosamente;

Patrícia Alves

Apêndice XI

Pedido de Autorização para utilização do
questionário SF-36v2

E-mail a ser enviado ao Professor Pedro Ferreira para utilização do Questionário SF-36v2

De: palves90@gmail.com

Para: pedrof@fe.uc.pt

Data:

Assunto: Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

Boa Tarde Professor Pedro Ferreira

O meu nome é Patrícia Alves e sou estudante do 3º ano de Fisioterapia da Universidade Atlântica. Actualmente estou a realizar um ante-projecto no âmbito da disciplina de “Projecto de Investigação II” que tem como tema a “Adaptação Transcultural e Validação da escala “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQR)”.

Para conseguir a validação critério desta escala queria utilizar a SF-36 v2, no entanto não consigo encontrar o estudo de validação desta escala para a realidade portuguesa. Gostaria de lhe pedir se me podia fornecer o artigo original da adaptação e validação do SF-36 para a língua portuguesa, de maneira a eu concluir o meu estudo sobre o instrumento FIQR, pedindo desta forma também a sua autorização para utilizar o questionário em questão no referido estudo.

Sem mais assunto, agradeço desde já a sua disponibilidade

Atenciosamente;

Patrícia Alves

Apêndice XII

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Escola Superior de Saúde Atlântica Licenciatura em Fisioterapia

Título do Estudo: Adaptação Transcultural e Validação de um Instrumento de Medida: The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)

Autora: Patrícia Alexandra Oliveira Alves

Local de Estudo: Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica - MYOS

Objectivo: Adaptação transcultural e validação de um instrumento de medida para a população portuguesa com Fibromialgia.

Método: Aplicação de Questionários: “The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire” - versão portuguesa e “SF-36 versão 2”. Aplicação de uma grelha de caracterização sócio-demográfica e duração dos sintomas dos participantes.

Declaração de Consentimento Informado

Nome: _____

Tendo sido informado sobre todos os aspectos que envolvem o estudo acima descrito, venho pelo presente termo declarar que concordo em participar, voluntariamente, como sujeito de estudo. Declaro ainda estar ciente de que todos os resultados serão utilizados e publicados, a critérios exclusivos da autora, desde que preservada integralmente a identidade dos sujeitos participantes.

Data: ___/___/___

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Autora: _____

Nota: esta declaração foi elaborada de acordo com o Padrão 2 (associação Portuguesa de Fisioterapeutas): “deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expreso, claro e informado”; e o Artº 5º da Convenção de Oviedo: Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

Apêndice XIII

Grelha de caracterização sócio-
demográfica e duração dos sintomas dos
participantes

Grelha de caracterização Sócio-Demográfica e duração dos sintomas dos participantes

Idade: ____

Sexo:

Masculino Feminino

Estado Civil:

Solteiro Casado Divorciado Viúvo Outro: _____

Situação Laboral:

Empregado a tempo inteiro Empregado a part-time Estudante

Reformado Doméstico Desempregado

Escolaridade:

4ª classe 7º ano 9º ano 12º ano Outro: _____

Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a condição clínica de Fibromialgia?

No seu dia-a-dia, quais os sintomas que lhe são mais frequentes?

Anexo I

Critérios para Classificação da Fibromialgia

Critérios para classificação da Fibromialgia segundo o “The American College of Rheumatology” (ACR) - 1990 e o “The New ACR” – 2010

Critérios para a classificação da Fibromialgia, segundo ACR 1990

1. **História da dor generalizada** (a dor é considerada generalizada quando todas as seguintes condições referidas a baixo estão presentes):
 - Dor no hemicorpo esquerdo;
 - Dor no hemicorpo direito;
 - Dor acima da cintura;
 - Dor abaixo da cintura;
 - Dor na área do esqueleto axial (coluna cervical, zona anterior do peito, coluna torácica e região lombo-sagrada)

 2. **Dor induzida por palpação digital, e em pelo menos 11 das seguintes 18 localizações dos pontos dolorosos (Fig. 1):**
 - Occipital: Dor bilateral, nas inserções do músculo sub-occipital;
 - Cervical Inferior: Dor bilateral na face anterior dos espaços inter-transversários de C5 - C7;
 - Trapézio: Dor bilateral no ponto médio do bordo superior deste músculo;
 - Supra-Espinhoso: Dor bilateral na origem do músculo, acima da espinha da omoplata, junto ao bordo interno;
 - Segunda Costela: Dor bilateral, na junção costo-condral da 2ª costela, para fora da junção na face superior;
 - Epicôndilo: Dor bilateral, 2cm externamente a esta região;
 - Glúteo: Dor bilateral no quadrante superior, na região anterior do músculo;
 - Grande Trocanter: Dor bilateral, posterior à proeminência trocanteriana;
 - Joelho: Dor Bilateral, na região adiposa interna, acima da linha inter-articular.
-

Para que os critérios sejam preenchidos, a dor generalizada deve persistir no mínimo durante 3 meses e o indivíduo deve apresentar dor em 11 de 18 pontos dolorosos. A palpação digital destes pontos deve ser realizada com uma força aproximada de 4Kg e para que um ponto doloroso seja considerado positivo, o utente deve referir que a palpação foi “dolorosa”, uma palpação classificada como sensível não deve ser considerada ponto doloroso (Buskila, 2009; Clauw, 2009; Goldenberg, 2009; Wolfe, et al., 1990).

Porém, passados 20 anos da publicação dos critérios segundo o ACR 1990, o autor original dos critérios do ACR 1990, Frederick Wolfe, referiu e considerou novos critérios que modificaram e acrescentaram os seguintes aspectos:

- Remover os pontos dolorosos como sendo o elemento fundamental para a definição da Fibromialgia;
- Redefinir a condição clínica de Fibromialgia;
- Reconhecer a importância de uma medição quantitativa da dor generalizada, através de escalas;
- Substituir a palpação dos pontos dolorosos por escalas de dor generalizada, de forma a obter mais informações sobre a dor existente;
- Incorporar os sintomas desta condição como critérios de classificação;
- Fornecer escalas e instrumentos para avaliar a severidade dos sintomas;
- Aplicar escalas para avaliação da fadiga, sono não reparador, problemas cognitivos e severidade dos sintomas.

Em suma, os novos critérios consideram a severidade e extensão dos sintomas um factor tanto ou mais importante do que a dor generalizada para a classificação desta condição, sendo necessário reconsiderar estes dois aspectos para determinar a existência de Fibromialgia. Estes critérios introduziram outra mudança importante, através da remoção da avaliação dos pontos dolorosos através da palpação, uma vez que alguns examinadores apresentavam dificuldades em avaliar estes pontos.

(Wolfe, 2010)

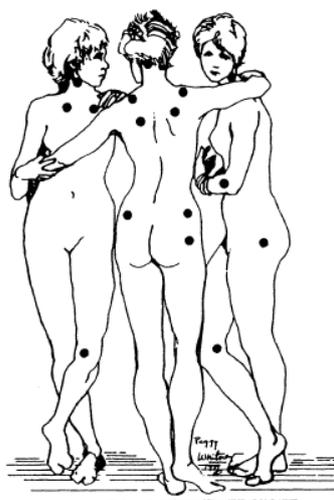


Fig. 1 – Localização dos pontos dolorosos segundo ACR 1990 (Wolfe, et al., 1990)

Anexo II

The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ)

Name: _____

Date: / /

Directions: For questions 1 through 11, please circle the number that best describes how you did overall for the past week. If you don't normally do something that is asked, cross the question out.

	Always	Most	Occasionally	Never
Were you able to:				
<i>Do shopping?</i>	0	1	2	3
<i>Do laundry with a washer and dryer?</i>	0	1	2	3
<i>Prepare meals?</i>	0	1	2	3
<i>Wash dishes/cooking utensils by hand?.....</i>	0	1	2	3
<i>Vacuum a rug?.....</i>	0	1	2	3
<i>Make beds?</i>	0	1	2	3
<i>Walk several blocks?</i>	0	1	2	3
<i>Visit friends or relatives?</i>	0	1	2	3
<i>Do yard work?.....</i>	0	1	2	3
<i>Drive a car?</i>	0	1	2	3
<i>Climb stairs?</i>	0	1	2	3

12. *Of the 7 days in the past week, how many days did you feel good?*

0 1 2 3 4 5 6 7

13. *How many days last week did you miss work, including housework, because of fibromyalgia?*

0 1 2 3 4 5 6 7

(continued)

FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ) – page 2

Directions: For the remaining items, mark the point on the line that best indicates how you felt overall for the past week.

14. *When you worked, how much did pain or other symptoms of your fibromyalgia interfere with your ability to do your work, including housework?*

No problem with work • | | | | | | | | | | | | | | | | • Great difficulty with work

15. *How bad has your pain been?*

No pain • | | | | | | | | | | | | | | | | • Very severe pain

16. *How tired have you been?*

No tiredness • | | | | | | | | | | | | | | | | • Very tired

17. *How have you felt when you get up in the morning?*

Awoke well rested • | | | | | | | | | | | | | | | | • Awoke very tired

18. *How bad has your stiffness been?*

No stiffness • | | | | | | | | | | | | | | | | • Very stiff

19. *How nervous or anxious have you felt?*

Not anxious • | | | | | | | | | | | | | | | | • Very anxious

20. *How depressed or blue have you felt?*

Not depressed • | | | | | | | | | | | | | | | | • Very depressed

Anexo III

Questionário de Impacto da Fibromialgia – Versão Portuguesa 2006 (FIQ-P)

Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ)

Score total (0 – 100)

INSTRUÇÕES: Nas perguntas 1 a 13 por favor faça um círculo no número que, em relação à **última semana**, melhor descreve a maneira como, **em geral**, foi capaz de executar as tarefas indicadas. Se habitualmente não faz estas tarefas, risque essa pergunta.

Foi capaz de:	Sempre	Quase Sempre	Quase Nunca	Nunca
1. Ir às compras?	0	1	2	3
2. Tratar da roupa na máquina de lavar/secar?	0	1	2	3
3. Cozinhar?	0	1	2	3
4. Lavar loiça à mão?	0	1	2	3
5. Aspirar a casa?	0	1	2	3
6. Fazer as camas?	0	1	2	3
7. Andar vários quarteirões?	0	1	2	3
8. Visitar a família ou amigos?	0	1	2	3
9. Tratar as plantas?	0	1	2	3
10. Conduzir um carro?	0	1	2	3
11. Subir as escadas?	0	1	2	3

12. Na última semana quantos dias se sentiu bem?

1 2 3 4 5 6 7

13. Na última semana, quantos dias faltou ao trabalho e não realizou as tarefas domésticas, devido à fibromialgia?

1 2 3 4 5 6 7

INSTRUÇÕES: Nas perguntas que se seguem, assinale um ponto na linha que melhor indica o modo, **em geral**, como se sentiu na **última semana**.

14. Nos dias que trabalhou quanto é que a dor ou os outros sintomas da FM interferiram no seu trabalho?

Trabalhei sem problemas • • Tive grande dificuldade no trabalho

15. Que intensidade teve a sua dor?

Não tive dor • • Tive uma dor muito intensa

16. Que cansaço sentiu?

Não sentiu cansaço • • Senti um cansaço enorme

17. Como se sentiu quando se levantou de manhã?

Acordei bem repousada • • Acordei muito cansada

18. Que rigidez sentiu?

Não tive rigidez • • Senti muita rigidez

19. Sentiu-se muito nervosa ou ansiosa?

Não tive ansiedade • • Senti-me muito ansiosa

20. Sentiu-se triste ou deprimida?

Não me senti deprimida • • senti-me muito deprimida

Anexo IV

The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire - FIQR

REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQR)

Last Name:

First Name:

Age:

Duration of FM symptoms (years) :

Time since FM was first diagnosed (years):

Directions: For each of the following 9 questions check the box that best indicates how much your fibromyalgia made it difficult to perform each of the following activities during the past 7 days. If you did not perform a particular activity in the last 7 days, rate the difficulty for the last time you performed the activity. If you can't perform an activity, check the last box.

Brush or comb your hair	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Walk continuously for 20 minutes	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Prepare a homemade meal	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Vacuum, scrub or sweep floors	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Lift and carry a bag full of groceries	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Climb one flight of stairs	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Change bed sheets	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Sit in a chair for 45 minutes	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Go shopping for groceries	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									

Sub-total (for internal use only)

Directions: For each of the following 2 questions, check the box that best describes the overall impact of your fibromyalgia over the last 7 days:

Fibromyalgia prevented me from accomplishing goals for the week	Never	<input type="checkbox"/>	Always								
I was completely overwhelmed by my fibromyalgia symptoms	Never	<input type="checkbox"/>	Always								

Sub-total (for internal use only)

Anexo V

Simptom Impact Questionnaire (SIQR)

SYMPTOM IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQR)

Last Name:

First Name:

Age:

Directions: For each of the following 9 questions, check the box that best indicates how much difficulty you have experienced in doing the following activities during the past 7 days. If you did not perform a particular activity in the last 7 days, rate the difficulty for the last time you performed the activity. If you can't perform an activity, check the last box.

Brush or comb your hair	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Walk continuously for 20 minutes	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Prepare a homemade meal	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Vacuum, scrub or sweep floors	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Lift and carry a bag full of groceries	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Climb one flight of stairs	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Change bed sheets	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Sit in a chair for 45 minutes	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									
Go shopping for groceries	No difficulty	<input type="checkbox"/>	Very difficult									

Sub-total *(for internal use only)*

Directions: For each of these 2 question, check the one box that best describes the overall impact of any medical problems over the past 7 days:

My medical problems prevented me accomplishing goals for week	Never	<input type="checkbox"/>	Always								
I was completely overwhelmed by my medical problems	Never	<input type="checkbox"/>	Always								

Sub-total *(for internal use only)*

Anexo VI

Autorização dada pelo autor do
instrumento

Resposta do Dr. Bennett, autor do instrumento, a dar autorização para realizar o estudo

De: bennetrob1@comcast.net

Para: palves90@gmail.com

Data: 25 Fevereiro de 2010 20:00

Assunto: FIQR

Dear Patrícia,

You have my permission to make a Portuguese translation of the FIQR. There are no fees involved.

At this time Eduardo Paiva and colleagues in Brazil is also engaged in a Portuguese translation of the FIQR.

The only published translation of the FIQR is the Turkish version (attached). There is a Spanish version – but no publication so far.

We advise that translations follow the methodology of the MAPI institute - <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>

I am attaching a paper version of the questionnaire and also the SIQR (the comparable questionnaire that we used for RA and SLE patients that does not use the word “fibromyalgia”).

The instructions for scoring are given at the bottom of the first table in the FIQR PAPER.

Regards,

Rob Bennett

Anexo VII

Tradução do FIQR realizada pelo
Fisioterapeuta Carlos Rafael Figueiredo

REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQR)

Primeiro Nome:

Ultimo nome:

Idade:

Duração dos sintomas da FM (anos) : _____

Há quanto tempo lhe foi diagnosticada pela primeira vez a FM (anos): _____

Instruções: Para cada uma das seguintes 9 perguntas marque a caixa que melhor indica o quanto a sua Fibromialgia a dificultou para realizar cada uma das seguintes actividades durante os últimos 7 dias. Se não participou numa determinada actividade nos últimos 7 dias, considere o nível de dificuldade para a última vez que realizou a actividade. Se não consegue realizar uma determinada actividade, assinale a última caixa.

Escovar ou pentear o cabelo:

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Andar, sem parar, durante 20 minutos :

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Cozinhar:

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Aspirar, lavar, ou varrer o chão:

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Levantar e carregar um saco cheio de compras:

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Subir um lance de escadas:

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Mudar os lençóis da cama :

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Sentar-se numa cadeira durante 45 minutos:

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Ir às compras:

Sem Dificuldade Muita dificuldade

Sub-total (para uso interno)

Instruções: Para cada uma das seguintes 2 perguntas, marque a caixa que melhor descreve o impacto geral da Fibromialgia nos últimos 7 dias.

A Fibromialgia impediu-me de realizar os objectivos definidos para esta / a/ semana:

Nunca Sempre

Estava completamente oprimida(o) / sobrecarregada (o) com os sintomas da Fibromialgia:

Nunca Sempre

Sub-total (para uso interno)

Instruções: Para cada uma das seguintes 10 questões, marque a caixa que melhor indica a intensidade dos sintomas da Fibromialgia nos últimos 7 dias

Indique o seu nível de dor :

Sem Dor **Dor insuportável**

Indique o seu nível de energia:

Imensa energia **Sem Energia**

Indique o seu nível de rigidez:

Sem Rigidez **Muita rigidez**

Indique a qualidade do seu sono:

Acordei descansada(o) **Acordei cansada(o)**

Indique o seu nível de depressão:

Nenhuma depressão **Muito Deprimida (o)**

Indique o seu nível de falhas de memória:

Boa memória **Fraca memória**

Indique o seu nível de ansiedade:

Sem Ansiedade **Muito ansiosa(o)**

Indique o seu nível de sensibilidade ao toque:

Sem Sensibilidade **Muita sensibilidade**

Indique o seu nível de equilíbrio:

Sem equilíbrio **Muito Equilíbrio**

Indique o seu nível de sensibilidade a ruídos fortes, luzes brilhantes, cheiros e ao frio:

Sem Sensibilidade **Muita sensibilidade**

Sub-total (*para uso interno*)

Anexo VIII

Tradução do FIQR realizada pela D^a
Leonor Borges

Questionário Revisto Impacto da Fibromialgia (FIQR)

Apelido:

Nome

Idade:

Duração dos sintomas da FM (anos):

Há quanto tempo foi a FM diagnosticada pela primeira vez (anos):

Instruções: Para cada uma das 9 perguntas seguintes escolha o quadrado que melhor indica quanto a fibromialgia tem dificultado a execução das seguintes actividades durante os últimos sete dias. Se não desempenhou uma das actividades nos últimos 7 dias, escolha a dificuldade associada à última vez que executou a tarefa. Se não consegue desempenhar uma das tarefas escolha o último quadrado.

Escovar ou pentear o cabelo	Sem dificuldade	Muito difícil
Andar continuamente durante 20 minutos		
Preparar uma refeição caseira		
Aspirar, esfregar ou lavar o chão		
Levantar e carregar um saco cheio de compras		
Subir um lance de escadas		
Mudar os lençóis da cama		
Sentar numa cadeira durante 45 minutos		
Ir às compras ao supermercado		

Sub-total (apenas para uso interno)

Instruções: Para cada uma das 2 perguntas seguintes, escolha o quadrado que melhor descreve o impacto da fibromialgia no seu cômputo geral durante os últimos 7 dias:

A fibromialgia impediu-me de alcançar as metas estipuladas para a semana		
Nunca		Sempre
Eu estava completamente dominado pelos meus sintomas de fibromialgia		
Nunca		Sempre

Instruções: Para cada uma das seguintes 10 perguntas, escolha o quadrado que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns de fibromialgia durante os últimos 7 dias

Por favor classifique o seu nível de dor

Sem dor

Dor insuportável

Por favor classifique o seu nível de energia

Muita energia

Sem energia

Por favor classifique o seu nível de rigidez

Sem rigidez

Rigidez aguda

Por favor classifique a qualidade do seu sono

Bem repousado ao acordar

Muito cansado ao acordar

Por favor classifique o seu nível de depressão

Sem depressão

Muito deprimido

Por favor classifique o seu nível de problemas com a memória

Boa memória

Memória muito fraca

Por favor classifique o seu nível de ansiedade

Sem ansiedade

Muito ansioso

Por favor classifique o seu nível de sensibilidade ao toque

Sem sensibilidade

Muito sensível

Por favor classifique o seu nível de problemas de equilíbrio

Nenhum desequilíbrio

Desequilíbrio grave

Por favor classifique o seu nível de sensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes, cheiros e frio

Sem sensibilidade

Sensibilidade extrema

Sub-total (apenas para uso interno)

FIQR TOTAL (apenas para uso interno)

Anexo IX

Retroversão do FIQR realizada pela
Doutora Anne-France Beaufils

FIQR-P

Surname:

Name:

Age:

For how long have you experienced FM symptoms (years): _____

How long ago was FM diagnosed for the 1st time (years): _____

Instructions: For each of the 9 questions below, please tick the box that best indicates the extent to which fibromyalgia has made difficult your executing one of the given activities for the last 7 days. If you haven't executed any of the given activities for the last 7 days, please consider the level of difficulty that corresponds to when you executed the activity for the last time. If you can't execute an activity at all, please tick the last box.

Comb or brush your hair	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty
Walk nonstop for 20 minutes	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty
Prepare a home-made meal	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty
Hoover, clean or sweep the floor	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty
Lift and carry a full shopping bag	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty
Climb the stairs to a higher floor	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty
Change one's bedding	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty

Sit on a chair for 45 minutes	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty
Go shopping	Without any difficulty <input type="checkbox"/> With a lot of difficulty

Sub-total (for internal use only)

Instructions: For each of the 2 questions below, please tick the box that best describes the general impact fibromyalgia has had for the last 7 days.

Fibromyalgia prevented me from reaching my goals for the week	Never <input type="checkbox"/> Always
I was totally overwhelmed by Fibromyalgia symptoms	Never <input type="checkbox"/> Always

Sub-total (for internal use only)

Instruções: For each of the 10 questions below, please tick the box that best indicates the intensity of the symptoms - common in fibromyalgia - for the last 7 days.

Please classify your degree of pain	No pain <input type="checkbox"/> Unbearable pain
Please classify your degree of energy	A lot of energy <input type="checkbox"/> No energy
Please classify your degree of rigidity	No rigidity <input type="checkbox"/> High level of rigidity

Please classify the quality of your sleep	Well-rested when waking up	<input type="checkbox"/>	Very tired when waking up
Please classify your level of depression	Not depressed	<input type="checkbox"/>	Very depressed
Please classify the level of your memory problems	Good memory	<input type="checkbox"/>	Weak memory
Please classify your level of anxiety	Not anxious	<input type="checkbox"/>	Very anxious
Please classify your level of touch sensitivity	No sensitivity	<input type="checkbox"/>	High sensitivity
Please classify your level of balance problems	No balance problem	<input type="checkbox"/>	Serious balance problems
Please classify your level of sensitivity to loud noise, sharp light, smell and cold.	No sensitivity	<input type="checkbox"/>	Extreme sensitivity

Sub-total (for internal use only)

FIQR-P TOTAL (for internal use only)

Anexo X

Retroversão do FIQR realizada pela
Doutora Sónia Bárcia

Sub-total (for internal use)

Instructions: For each of the 2 following questions place an X on the box that best describes fibromyalgia impact on the last 7 days.

Fibromyalgia prevented me from achieving goals set for the week	Never <input type="checkbox"/> Always
I was completely overwhelmed by my fibromyalgia symptoms	Never <input type="checkbox"/> Always

Sub-total (for internal use)

Instructions: For each of the 10 following questions place an X on the box that best indicates the intensity of fibromyalgia symptoms over the last 7 days

Please classify your level of pain	No pain <input type="checkbox"/> Unbearable pain
Please classify your level of energy	Lots of energy <input type="checkbox"/> Without energy
Please classify your level of stiffness	No stiffness <input type="checkbox"/> Very stiffness
Please classify your quality of sleep	Waking well Rested <input type="checkbox"/> Waking very tired
Please classify your level of depression	No depression <input type="checkbox"/> Very depressed
Please classify your level of memory problems	Good memory <input type="checkbox"/> Weak memory

Please classify your level of anxiety	Not anxious <input type="checkbox"/> Very anxious
Please classify your level of sensitivity to touch	No sensitivity <input type="checkbox"/> Very sensitive
Please classify your level of balance problems	No imbalance <input type="checkbox"/> Severe imbalance
Please classify your level of sensitivity to loud noises, bright lights, odors and cold	No sensitivity <input type="checkbox"/> Extreme sensitivity

Sub-total (for internal use)

FIQR-P TOTAL (for internal use)

Anexo XI

Teste de Compreensão – Centro de
Estudos e Investigação Universidade de
Coimbra



TESTE DE COMPREENSÃO - INSTRUÇÕES

DIAGNOSTIC THINKING INVENTORY

Centro de Estudos e Investigação em Saúde

Universidade de Coimbra

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 objectivo é:

4. Identificar perguntas problemáticas;
5. Determinar as razões subjacentes;
6. Registar 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:

4. 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.
5. Opinião geral: Perguntar à pessoa quais as suas opiniões gerais sobre o questionário:
 - a. E, no geral, claro, fácil de compreender, fácil de responder?
 - b. É longo?
 - c. Está adaptado à situação da pessoa?
 - d. As instruções são claras?
6. 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 correctamente interpretado, isto é, não existe formulação ambigua 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 – FORMULARIO

Centro de Estudos e Investigação em Saúde
Universidade de Coimbra

DIAGNOSTIC THINKING INVENTORY

Idade: _____ anos

Sexo: _____

Identificação Aluno com acesso via directa

Aluno com acesso via candidatura

Expert

Tempo de preenchimento do Questionário: _____

Tempo total da entrevista: _____

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?

Pergunta _____	
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 XII

Questionário de qualidade de vida SF- 36v2 – versão portuguesa

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. 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 violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992, New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.
Copyright © 1997, Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

4. 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?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. 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. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. 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

9. 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.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. 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

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO