

Questionários sobre Dor Crónica



Mensagem do Presidente da APED	3
Editorial	5
Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreo e Avaliação do Impacto da Dor Crónica	6
Anexo	
Versão portuguesa do questionário <i>Brief Pain Inventory</i> (BPI), período de referência última semana	38
Versão portuguesa do questionário <i>West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory</i> (WHY-MPI)	40
Versão portuguesa do questionário <i>Pain Disability Index</i> (PDI)	47
Versão portuguesa do questionário <i>Chronic Pain Coping Inventory</i> (CPCI), versão do doente	48
Versão portuguesa do questionário <i>Chronic Pain Coping Inventory</i> (CPCI), versão da pessoa significativa	51
Versão portuguesa do questionário <i>Pain Beliefs and Perceptions Inventory</i> (PBPI)	54
Versão portuguesa do questionário <i>Pain Catastrophizing Scale</i> (PCS)	55
Versão portuguesa do questionário <i>Douleur Neuropathique en 4 Questions</i> (DN4)	56

Volume Monotemático dedicado a
QUESTIONÁRIOS SOBRE DOR CRÓNICA

Director

José Manuel Castro Lopes

Editores

Luís Agualusa

José Manuel Castro Lopes

Teresa Vaz Patto

Sílvia Vaz Serra

Mensagem do Presidente da APED José Manuel Castro Lopes	3
Editorial José Manuel Castro Lopes	5
Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica	6
Luís Filipe Azevedo, Altamiro Costa Pereira, Cláudia Dias, Luís Agualusa, Laurinda Lemos, José Romão, Teresa Patto, Sílvia Vaz-Serra, Rosário Abrunhosa, Carlos Jorge Carvalho, Maria Carlos Cativo, Duarte Correia, José Correia, Georgina Coucelo, Beatriz Craveiro Lopes, Maria do Céu Loureiro, Beatriz Silva e José M. Castro-Lopes	
Anexo	
Versão portuguesa do questionário <i>Brief Pain Inventory</i> (BPI), período de referência última semana	38
Versão portuguesa do questionário <i>West Haven-Yale</i> <i>Multidimensional Pain Inventory</i> (WHY-MPI)	40
Versão portuguesa do questionário <i>Pain Disability</i> <i>Index</i> (PDI)	47
Versão portuguesa do questionário <i>Chronic Pain</i> <i>Coping Inventory</i> (CPCI), versão do doente	48
Versão portuguesa do questionário <i>Chronic Pain Coping</i> <i>Inventory</i> (CPCI), versão da pessoa significativa	51
Versão portuguesa do questionário <i>Pain Beliefs</i> <i>and Perceptions Inventory</i> (PBPI)	54
Versão portuguesa do questionário <i>Pain Catastrophizing Scale</i> (PCS)	55
Versão portuguesa do questionário <i>Douleur</i> <i>Neuropathique en 4 Questions</i> (DN4)	56

Ilustração da capa de Armanda Passos



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista «DOR» considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista «DOR» deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail:
permanyer.portugal@permanyer.com

3. A Revista «DOR» incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista «DOR», bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista «DOR» incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2007 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2000
Ref.: 736AP064



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Mensagem do Presidente da APED

José Romão

Com a publicação deste número, encerra-se um ciclo para a revista Dor. O Professor Castro Lopes, que tem assumido a Direcção da revista durante os últimos anos com a qualidade que lhe é conhecida, está de saída. Pelo trabalho desenvolvido expresso-lhe o nosso agradecimento, bem como ao grupo de editores que o acompanharam.

A próxima edição terá uma nova Directora, a Dr.^a Sílvia Vaz Serra. O corpo editorial será também remodelado. À nova equipa desejamos as maiores felicidades.

A Dr.^a Sílvia Vaz Serra conhece bem a revista e as dificuldades que a sua edição tem acarretado, uma vez que integrou a equipa de editores cessante. Apesar disso propõe-se enfrentar um desafio significativo, ao propor uma nova política editorial, completamente apoiada pela Direcção da APED. Manter-se-ão os quatro números anuais. Dois manterão o carácter temático que tem sido adoptado. Os restantes serão integralmente preenchidos com artigos originais. A preocupação em manter elevados padrões de qualidade editorial irá obrigar à revisão prévia dos textos por profissionais com reconhecido conhecimento na matéria em análise.

Os profissionais da saúde portugueses, salvo honrosas excepções, não têm o hábito de investigar e publicar. Para isso concorrem seguramente múltiplas razões. A sua análise está no entanto fora do âmbito deste escrito.

Os portugueses têm o mau hábito – *mea culpa* – de arrastar a concretização dos seus actos para além do final dos prazos concedidos. Veja-se o atraso na publicação da revista, totalmente atribuível aos atrasos dos autores.

A adopção pelos diversos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos de «grelhas» de classificação estandardizadas, veio revalorizar a realização e publicação de trabalhos durante os internatos. Também se assiste a uma crescente preocupação em publicar por parte dos Enfermeiros.

Este número faz história, uma vez que traz ao conhecimento de toda a comunidade científica um conjunto de instrumentos validados para a língua e cultura portuguesas, que vão permitir a execução de investigação clínica com qualidade na área da dor.

Pelas razões invocadas, a adopção do novo formato não vai ser fácil, mas acreditamos que a conjuntura é favorável. Resta-nos então aguardar o envio dos vossos trabalhos. Mãos à obra.

Editorial

Instrumentos para Avaliação da Dor Crónica

José Manuel Castro Lopes

Nesta edição da revista Dor é publicado apenas um artigo, o qual constitui o primeiro resultado concreto de um estudo que está a decorrer a nível nacional sobre a prevalência da dor crónica no nosso país e o seu impacto individual, social e económico.

Quando nos propusemos levar a cabo esse estudo, fomos confrontados com a inexistência de instrumentos validados na língua portuguesa e para a população nacional, que permitissem avaliar de forma mais ou menos objectiva e reprodutível os múltiplos factores que estão associados à dor crónica. Pelas razões expostas no artigo, seleccionaram-se sete questionários que abordam aspectos da dor, diversos mas complementares (*Brief Pain Inventory; West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory; Pain Disability Index; Chronic Pain Coping Inventory; Pain Beliefs and Perceptions Inventory; Pain Catastrophizing Scale; Douleur Neuropathique en 4 Questions*), os quais foram traduzidos, adaptados e validados de acordo com os métodos rigorosos internacionalmente recomendados. Tratou-se de um trabalho moroso, que incluiu um grande número de doentes das Unidades de Dor Crónica envolvidas no estudo, mas que constituirá seguramente um marco na investigação clínica em dor no nosso país, pois a partir de agora as versões portuguesas validadas estão disponíveis para qualquer investigador que as deseje utilizar. Sabendo que outros investigadores estão actualmente a validar outros questionários/escalas, será possível no futuro próximo aumentar ainda mais a oferta de instrumentos de trabalho, por forma a cobrir todo o espectro da área da investigação clínica em dor. Assim haja quem os queira utilizar!

A validação dos questionários permitiu ainda avaliar nos doentes envolvidos os parâmetros incluídos em cada questionário. Um estudo preliminar sobre a qualidade de vida dos doentes

incluídos no estudo foi já apresentado no 3.º Encontro Nacional das Unidades de Dor e será publicado muito brevemente. Da análise dos resultados obtidos com os diversos questionários poderão surgir resultados adicionais, que permitirão caracterizar melhor a população de doentes que é seguida nas Unidades de Dor Crónica em Portugal.

Mas o objectivo do estudo epidemiológico está muito para além da validação dos instrumentos ou da avaliação dos doentes que frequentam as Unidades de Dor Crónica. Com base nos questionários, foram já efectuadas cerca de 5.000 entrevistas telefónicas a nível nacional, que permitem estabelecer com grande segurança a prevalência da dor crónica no nosso país, bem como a forma como os doentes lidam com essa dor. Os resultados deste estudo serão divulgados no próximo Dia Nacional de Luta Contra a Dor e publicados em devido tempo.

Last but not least, é importante sublinhar que este estudo epidemiológico é uma ambição antiga, mas que só agora foi possível concretizar, fruto do apoio financeiro concedido através de protocolos estabelecidos entre a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e três empresas da indústria farmacêutica, nomeadamente a Grünenthal, Produtos Farmacêuticos Unipessoal, Lda., a Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda. e os Laboratórios Pfizer, Lda. A parte do estudo que agora se publica, recebeu também o apoio da Associação para o Desenvolvimento e Terapia da Dor através de uma bolsa concedida pelo Fundo Fundação Oriente/Johnson & Johnson para a Saúde. De igual modo, seria muito difícil concretizar a validação dos instrumentos agora publicados sem a colaboração preciosa de muitos elementos das Unidades de Dor envolvidas no estudo, a quem os autores estão profundamente agradecidos.

Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica

Luís Filipe Azevedo¹, Altamiro Costa Pereira¹, Cláudia Dias¹, Luís Agualusa², Laurinda Lemos³, José Romão⁴, Teresa Patto⁵, Sílvia Vaz-Serra⁶, Rosário Abrunhosa⁷, Carlos Jorge Carvalho⁸, Maria Carlos Cativo⁹, Duarte Correia¹⁰, José Correia¹¹, Georgina Coucelo¹², Beatriz Craveiro Lopes¹³, Maria do Céu Loureiro¹⁴, Beatriz Silva¹⁵ e José Manuel Castro-Lopes¹⁶

Resumo

Objectivo. O carácter multidimensional da dor torna imperativo a existência de instrumentos que permitam a sua adequada medição e caracterização de uma forma válida e reproduzível. Existe uma falta de instrumentos adequadamente adaptados e validados para a língua portuguesa. O objectivo deste estudo foi a tradução e validação dos seguintes questionários: *Brief Pain Inventory*; *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*; *Pain Disability Index*; *Chronic Pain Coping Inventory*; *Pain Beliefs and Perceptions Inventory*; *Pain Catastrophizing Scale*; *Doleur Neuropathique en 4 Questions*.

Participantes e métodos. Inicialmente, procedeu-se à tradução e adaptação cultural dos instrumentos (tradução, avaliação por grupo de especialistas, pré-teste, retroversão e avaliação da retroversão pelos autores da versão original). As versões portuguesas dos instrumentos foram depois aplicadas, em duas amostras de doentes, com 18 ou mais anos, seguidos em 13 Unidades de Dor Crónica a nível nacional e seleccionados consecutivamente, para avaliação da reprodutibilidade teste-reteste, consistência interna, validade de critério e validade de constructo (análise factorial e avaliação da validade convergente e discriminante).

Resultados. O processo de tradução e adaptação cultural foi bem sucedido. Para avaliação da reprodutibilidade e validade dos instrumentos, foram analisados 243 e 122 doentes, respectivamente na primeira e segunda fase deste estudo. Os participantes tinham uma média de idade de 55 anos e 63% eram do sexo feminino. Em todos os instrumentos analisados foi possível demonstrar adequadas reprodutibilidade teste-reteste, consistência interna, validade de critério e de constructo (análise factorial e validade convergente e discriminante). Neste artigo são apresentados resultados relativos à análise descritiva, proporção de dados omissos, reprodutibilidade teste-reteste e consistência interna para cada instrumento avaliado.

Conclusão. As versões para a língua portuguesa dos instrumentos avaliados neste estudo demonstraram possuir adequadas propriedades psicométricas. Disponibilizam-se as versões portuguesas adequadamente validadas dos sete instrumentos para utilização pelos clínicos e investigadores interessados.

Palavras-chave: Dor crónica. Questionários. Validação. Epidemiologia. Investigação clínica.

¹Serviço de Bioestatística e Informática Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde (CINTESIS)

²Unidade de Dor, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

³Unidade de Dor, Hospital de S. José, Fafe

⁴Unidade de Dor, Hospital Geral de Santo António, Porto

⁵Unidade de Dor, Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

⁶Unidade de Dor, Centro Hospitalar de Coimbra

⁷Unidade de Dor, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

⁸Unidade de Dor, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

⁹Unidade de Dor, Hospital Distrital de Oliveira, Azeméis

¹⁰Unidade de Dor, Hospital Central do Funchal, Madeira

¹¹Unidade de Dor, Hospital de S. João, Porto

¹²Unidade de Dor, Hospital Fernando Fonseca, Amadora

¹³Unidade de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada

¹⁴Unidade de Dor, Hospital de S. Teotónio, Viseu

¹⁵Unidade de Dor, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

¹⁶Instituto de Histologia e Embriologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Instituto de Biologia Molecular e Celular, Porto
E-mail: jclopes@med.up.pt

Abstract

Aim. Pain is a complex and multidimensional phenomenon, thus its adequate measurement, characterization and classification, heavily and importantly depend on the availability of appropriate, valid and reliable instruments. There are but a few adequately translated and validated pain measurement and characterization instruments/questionnaires in Portugal and into Portuguese language. The aim of this study is to make the translation, cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the following pain questionnaires: *Brief Pain Inventory*; *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*; *Pain Disability Index*; *Chronic Pain Coping Inventory*; *Pain Beliefs and Perceptions Inventory*; *Pain Catastrophizing Scale*; *Douleur Neuropathique en 4 Questions*.

Methods and participants. First translation and cultural adaptation protocols were implemented for all questionnaires (translation, expert group meeting discussion and evaluation, pre-test, backtranslation and evaluation of backtranslated versions by the original authors). Final Portuguese versions of all instruments were used in two samples of patients, 18 or older, consecutively sampled from 13 Chronic Pain Centres distributed along the country, in order to evaluate test-retest reliability, internal consistency, criterion validity and construct validity (factorial analysis and assessment of convergent and discriminant validity).

Results. Translation and cultural adaptation protocols were completely and successfully followed. The samples for reliability and validity assessment had 243 and 122 patients, respectively for the first and second phases of this study. Patients had mean age of 55 years, and 63% were female. It was possible, for all questionnaires evaluated, to demonstrate adequate test-retest reliability, internal consistency, criterion validity and construct validity (factorial analysis and convergent and discriminant validity). Descriptive statistics, missing value analysis, test-retest reliability and internal consistency of each instrument are presented in this article.

Conclusions. The Portuguese versions of the questionnaires evaluated demonstrated satisfactory psychometric properties. Adequately validated Portuguese versions of the seven evaluated instruments are made available to all interested clinicians and researchers. (Dor 2007;15(4):6-56)

Corresponding author: José M. Castro-Lopes, jclopes@med.up.pt

Key words: Chronic pain. Questionnaires. Validity. Reliability. Epidemiology. Clinical research.

Introdução

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é «uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão»¹. Deste modo, o doente com dor deve ser abordado de acordo com o modelo biopsicossocial, em que terão que ser tidos em conta não apenas os aspectos sensoriais da dor (localização, intensidade, duração, etc.), mas também as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa¹⁻³.

A dor aguda é uma dor que se pode considerar fisiológica, com uma função de alerta importantíssima para o organismo. A dor crónica, pelo contrário, não tem qualquer consequência benéfica para o indivíduo e afecta negativamente a sua qualidade de vida, podendo condicionar alterações importantes de vários órgãos e sistemas, assim como perturbações do foro psiquiátrico⁴⁻²¹. Por outro lado, a dor crónica pode manter-se para além da cura aparente da lesão que lhe deu origem, tornando-se assim no único ou principal problema do doente. É nesse sentido que a *European Federation of IASP Chapters* (EFIC) emitiu uma declaração no

Parlamento Europeu em 2002, em que se considerava a dor crónica como uma doença por si só e um grave problema de saúde pública²².

A dor crónica tem um conjunto de consequências no plano individual que vão muito além do aspecto biológico da dor, designadamente alterações cognitivas, perturbações depressivas e perturbações de ansiedade^{6,23}, marcada interferência funcional, e diminuição significativa da qualidade de vida dos indivíduos afectados^{4,5,9,12,13,20,22,24,25}.

O carácter multidimensional da dor e as dificuldades reconhecidas na sua adequada medição e caracterização fazem com que haja consenso sobre a necessidade de dispor de instrumentos que permitam a medição deste fenómeno, e de vários outros a ele associados, de uma forma válida e reproduzível. Para isso, é necessário um trabalho de investigação e desenvolvimento desses instrumentos e uma avaliação rigorosa e adequada das propriedades psicométricas e clinimétricas dos mesmos. A nível internacional, existe já uma grande variedade de instrumentos adequadamente validados para a medição, classificação e avaliação da dor, e de fenómenos ou constructos a ela associados.

A utilidade e necessidade destes instrumentos ultrapassam o âmbito restrito da língua e do contexto em que originalmente são criados e

avaliados. Neste sentido, é recomendada a aplicação transcultural dos instrumentos que vão sendo desenvolvidos, garantindo a disponibilidade dos mesmos a todos os profissionais que deles necessitam, e promovendo a padronização, dentro dos limites do possível, das medições e avaliações realizadas em contextos e locais diferentes. Contudo, a aplicação de um questionário ou método de medição, muito em particular quando adaptado para outra língua ou contexto de utilização, exige que sejam garantidas as suas propriedades psicométricas e/ou clinimétricas.

Em Portugal e na língua portuguesa, existem muito poucos trabalhos de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de medição relevantes e internacionalmente aceites na área da dor, que tenham sido feitos segundo os padrões e protocolos metodológicos mais rigorosos e adequados. Neste contexto, o objectivo deste trabalho foi a tradução, adaptação cultural para a língua portuguesa e avaliação da reprodutibilidade e validade, seguindo os padrões e protocolos metodológicos internacionalmente recomendados, dos seguintes questionários: *Brief Pain Inventory* (BPI); *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (WHY-MPI); *Pain Disability Index* (PDI); *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI); *Pain Beliefs and Perceptions Inventory* (PBPI); *Pain Catastrophizing Scale* (PCS); *Douleur Neuropathique en 4 Questions* (DN4). A escolha destes instrumentos teve por base a necessidade de colmatar a falta de versões portuguesas de alguns dos questionários internacionalmente mais utilizados na área da dor, disponibilizando aos clínicos e investigadores portugueses instrumentos que os apoiem na avaliação da dor numa perspectiva multidimensional.

Breve descrição dos questionários validados

Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory)

O Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory* – BPI) foi concebido com o objectivo de ser fácil de aplicar, rápido e simples, constituindo um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa perspectiva multidimensional³⁵⁻³⁸, com muito boas propriedades psicométricas³⁵⁻⁴⁰, que tem vindo a ser crescentemente utilizado no contexto clínico e de investigação. Inclui 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Contém um item dicotómico para verificação da existência de dor, um item para a localização da dor através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas, um

item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e, finalmente, uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10) que avaliam a interferência da dor nas actividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver.

A evidência existente demonstra que este é um instrumento válido, reprodutível e sensível na detecção, acompanhamento e caracterização da dor³⁵⁻⁴⁰. A qualidade e importância deste questionário são evidenciadas pela existência de versões validadas em mais de 10 línguas⁴¹⁻⁵¹ e pelo facto de ser um questionário recomendado por grupos de consenso na área da medição e avaliação da dor³⁹.

Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory)

O Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale (*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* – WHY-MPI) é um dos questionários mais usados na avaliação clínica e investigação na área da dor crónica⁵²⁻⁵⁴. Foi desenvolvido de forma consistente com os modelos cognitivo-comportamentais da dor e constitui um instrumento de avaliação multidimensional especificamente criado para utilização em doentes com dor crónica⁵²⁻⁵⁴.

O WHY-MPI é um questionário de auto-aplicação constituído por 52 itens distribuídos por três secções conceptualmente distintas⁵². A primeira secção é constituída por 20 itens, distribuídos por cinco subescalas que avaliam, respectivamente, a percepção individual da severidade da dor (três itens), a interferência funcional da dor (nove itens), a percepção de autocontrolo do doente sobre a sua própria vida (dois itens), o *distress* afectivo associado à dor (três itens) e a percepção do apoio familiar existente (três itens). A segunda secção é constituída por 14 itens que avaliam a percepção do doente sobre o comportamento e resposta da sua pessoa significativa (definida, neste contexto, como a pessoa de quem o doente se sente mais próximo no plano emocional, independentemente da regularidade do relacionamento) relativamente às suas queixas e comportamentos relacionados com a dor, estando organizada em três subescalas que avaliam as respostas solícitas e atenciosas (seis itens), as respostas com o intuito de distrair o doente (quatro itens) e as respostas negativas (quatro itens) da pessoa significativa. A terceira secção é constituída por 18 itens e avalia a frequência com a qual o doente refere dedicar-se a um conjunto de actividades da vida diária, estando organizada em quatro subescalas que avaliam o trabalho doméstico (cinco itens), o trabalho ao ar livre (cinco itens), as actividades fora de casa (quatro itens) e as

actividades sociais (quatro itens), e definindo-se também uma escala global de actividades gerais (18 itens).

O WHY-MPI foi criado e validado há mais de 20 anos⁵², estando actualmente traduzido e validado para várias línguas^{53,55-58}. Tem sido extensamente utilizado na avaliação clínica e investigação, sendo considerado por alguns autores como o melhor instrumento para avaliação multidimensional da dor crónica^{59,60}. A evidência existente demonstra que é de fácil aplicação e tem boas características psicométricas^{52,53,61-63}, havendo, no entanto, ainda alguma discussão em torno da sua estrutura factorial^{53,54,61,63}.

Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (Pain Disability Index)

O Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (*Pain Disability Index* – PDI) é um questionário de auto-aplicação, breve e muito prático, criado para avaliar sete importantes dimensões de incapacidade e interferência funcional da dor. É constituído por sete itens, com escalas de classificação numéricas de 11 pontos (0-10), que avaliam a incapacidade relacionada com a dor nas responsabilidades familiares e domésticas, nas actividades de lazer, nas actividades sociais, no trabalho, no comportamento sexual, nos cuidados pessoais e nas actividades vitais. Este instrumento tem tido uma vasta utilização em vários contextos e em doentes com quadros dolorosos de etiologia muito variada⁶⁴⁻⁶⁹, devido à sua brevidade, facilidade de aplicação e boas propriedades psicométricas, existindo evidência sobre a sua adequada validade⁷⁰⁻⁷⁴, reprodutibilidade^{73,75,76} e sensibilidade⁷⁷. Ainda existe alguma discussão sobre a sua estrutura factorial, havendo dúvidas sobre a adequação da estrutura com dois factores inicialmente descrita (actividades voluntárias e actividades obrigatórias), em oposição a uma estrutura com um só factor^{70,72-78}.

Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (Chronic Pain Coping Inventory)

O conceito de *coping* e as estratégias de *coping* revestem-se da maior importância na avaliação, tratamento e acompanhamento de indivíduos que padecem de dor. *Coping* pode ser definido como a aplicação voluntária e dirigida de estratégias comportamentais e/ou cognitivas no controlo ou gestão de eventos ou circunstâncias difíceis, necessidades ou anseios que são entendidos pelo indivíduo como fontes de conflito, sofrimento, *stress* ou sobrecarga⁷⁹. Assim sendo, uma das componentes cada vez mais importante na adequada avaliação e acompanhamento de doentes com dor, especialmente quando esta é crónica, é a identificação, classificação e avaliação das estratégias de *coping*. Neste contexto, é importante distinguir as estratégias de *coping* que condicionam melhorias

clínicas daquelas que as não condicionam, podendo mesmo agravar o problema.

Existem vários instrumentos que foram especificamente criados com o intuito de avaliar e classificar as estratégias de *coping* em doentes com dor. Neste trabalho, optou-se pelo Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (*Chronic Pain Coping Inventory* – CPCI) por ser um instrumento completo, que tem demonstrado grande utilidade e aplicabilidade na investigação e na clínica, e que avalia de forma adequada e equilibrada os componentes cognitivos e comportamentais do *coping*.

O CPCI é um questionário de auto-aplicação, com 65 itens que avaliam a frequência de utilização, em número de dias durante a última semana (escala numérica de 1 a 7), de um vasto conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas de *coping*. As estratégias abordadas organizam-se em oito subescalas: defesa ou protecção; descanso; pedidos de ajuda; relaxamento; persistência; exercício físico e alongamentos; procura de apoio social/familiar; e autoconvencimento^{80,81}.

Este instrumento possui adequadas propriedades psicométricas, tendo demonstrado elevada consistência interna, reprodutibilidade teste-reteste e validade das suas oito subescalas⁸⁰⁻⁸². Apesar disto, a questão da estrutura factorial deste questionário é ainda alvo de alguma discussão^{80,82-86}.

O CPCI tem sido extensamente utilizado em vários contextos e está já traduzido em várias línguas^{81,86-89}. Existe uma versão abreviada de 42 itens do CPCI que resultou de um trabalho de simplificação e redução do questionário original e que também tem demonstrado boas propriedades psicométricas^{83,84}.

Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor (Pain Beliefs and Perceptions Inventory)

Convicções, crenças e percepções são asunções ou pressupostos sobre a realidade que servem de lentes através das quais a própria realidade é vista ou interpretada, moldando assim a forma como o indivíduo entende e responde ao meio que o rodeia⁷⁹. As convicções e percepções relacionadas com a dor determinam directamente as estratégias de *coping* do indivíduo e, especialmente quando são mal-adaptativas, parecem estar fortemente associadas à resposta terapêutica e resultado ou desfecho clínico em doentes com dor, em particular quando esta é crónica⁹⁰⁻⁹⁴. A teoria cognitivo-comportamental sustenta que as convicções, percepções e estratégias de *coping* têm um papel fulcral no ajustamento físico e psicológico dos doentes com dor, e nas metodologias a implementar no seu seguimento e tratamento. As intervenções terapêuticas cognitivo-comportamentais têm, precisamente, por objectivo

identificar e modificar convicções e percepções mal-adaptativas dos doentes e promover a implementação de estratégias de *coping* adaptativas de tipo cognitivo ou comportamental. Estas intervenções têm demonstrado ser eficazes na melhoria funcional física e psicológica dos doentes com dor⁹⁵.

Neste contexto, torna-se evidente a necessidade de instrumentos para a identificação, medição e classificação de convicções e percepções relacionadas com a dor, tendo havido já várias propostas de instrumentos deste tipo, distintas quanto à forma e ao conteúdo⁹⁶. O Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor (*Pain Beliefs and Perceptions Inventory* – PBPI), tem demonstrado ser completo, de fácil utilização e com boas características psicométricas⁹⁷.

O PBPI é um questionário de auto-resposta com 16 itens correspondentes a afirmações relativas a convicções ou percepções relacionadas com a dor. É solicitado ao doente que classifique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações, usando uma escala de Likert bipolar com quatro categorias (ancoradas às expressões «discordo muito», «discordo», «concordo» e «concordo muito»), pontuada de -2 a +2 e sem ponto zero.

Na versão original, foi descrita uma estrutura factorial com três factores – um factor relativo a convicções ou percepções relacionadas com a temporalidade da experiência da dor (nove itens), um factor relacionado com o carácter misterioso ou enigmático das causas da dor (quatro itens) e um factor relacionado com sentimentos de autoculpabilidade relativamente à dor (três itens). Estudos adicionais falharam a replicação da estrutura factorial original, sendo hoje mais consensual a utilização de uma estrutura com quatro factores^{94,98,99}. Nesta estrutura, mantém-se iguais a escala relacionada com o carácter misterioso ou enigmático da causa da dor (quatro itens) e a escala relacionada com a autoculpabilidade (três itens), mas altera-se a escala de temporalidade, sendo esta dividida em duas escalas distintas, uma escala relacionada com o carácter de permanência da dor ao longo da vida (cinco itens) e uma outra escala relacionada com o carácter de constância ou intermitência da experiência da dor no presente (quatro itens)^{94,98,99}.

O PBPI foi já traduzido, adaptado e validado para várias línguas e tem sido aplicado em vários contextos da clínica e investigação^{90,91,93,94,98-100}.

Escala de Desânimo Associada à Dor (Pain Catastrophizing Scale)

O conceito de *catastrophizing* poderá ser traduzido para o português como desânimo e/ou pessimismo e tem sido genericamente definido como um «estado mental» (conjunto de pensamentos, convicções ou percepções) exagerada-

mente negativo e irreal que surge no contexto da experiência da dor ou sua antecipação¹⁰¹. Está demonstrado que o desânimo e/ou pessimismo são um dos mais importantes determinantes psicológicos da experiência e resultados clínicos da dor, especialmente quando esta é crónica^{92,95,101-108}. Neste contexto, têm vindo a ser criados instrumentos que visam avaliar este constructo, tornando possível a sua medição de forma mais adequada^{101,109}.

A Escala de Desânimo Associada à Dor (*Pain Catastrophizing Scale* – PCS)¹⁰⁷ é um questionário de auto-resposta que inclui 13 itens que descrevem um conjunto de pensamentos, percepções ou sentimentos associados à dor. Aos indivíduos a quem o instrumento é aplicado, é solicitado que indiquem a frequência com a qual apresentam esse tipo de pensamentos, percepções ou sentimentos, utilizando uma escala numérica de classificação de cinco pontos (de 0 a 4).

O conceito de *catastrophizing* associado à dor engloba três dimensões distintas – um componente de ruminação ou obsessão relacionada com a dor, um componente de magnificação ou exagero na valorização da ameaça que esta representa e um componente de desvalorização da capacidade e recursos de controlo e gestão da experiência de dor^{101,107}. De forma consistente com esta conceptualização das dimensões deste constructo, o questionário PCS é composto por três escalas distintas: ruminação (quatro itens), magnificação (três itens) e desânimo (cinco itens)^{101,107}. A estrutura factorial inicialmente definida contemplava estes três factores, no entanto, existem estudos que encontraram estruturas factoriais mais adequadas com um ou dois factores^{102,107,109-119}. Apesar disto, as propriedades psicométricas deste instrumento são excelentes e a sua utilização tem sido extensa, quer na clínica, auxiliando na avaliação dos doentes com dor, quer na investigação nesta área^{95,102-108,110,112-115,120,121}.

Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (Douleur Neuropathique en 4 Questions)

O tratamento e seguimento adequados de doentes com dor implicam um diagnóstico apropriado, incluindo a identificação da sua causa e origem. De acordo com a IASP, a dor neuropática é definida como uma dor iniciada ou causada por uma lesão ou disfunção primária do sistema nervoso, compreendendo um vasto conjunto de patologias neurológicas que incluem as neuropatias de etiologia diabética ou outras, nevralgia do trigémeo, nevralgia pós-herpética, sequelas de acidentes vasculares cerebrais, lesões da medula espinal, esclerose múltipla, radiculopatias e lesões nervosas traumáticas ou pós-cirúrgicas¹²²⁻¹²⁶.

Apesar da frequência e importância da dor neuropática^{127,128}, e da muita investigação básica e clínica que esta tem motivado, actualmente

ainda não existe um conjunto de critérios diagnósticos consensuais e validados, sendo o diagnóstico de dor neuropática tipicamente baseado na identificação da lesão do sistema nervoso que a motiva, através da história clínica, exame neurológico e exames complementares apropriados (electrofisiologia e/ou imagiologia)^{129,130}. Estudos recentes demonstram que os doentes com dor crónica associada a lesões de estruturas nervosas constituem um subtipo específico de doentes, com características clínicas particulares, e que existem combinações de sintomas e sinais clínicos que apresentam um elevado poder de discriminação no diagnóstico ou rastreio deste subtipo específico de dor¹²⁴.

Estes resultados têm motivado o desenvolvimento e validação de vários instrumentos de rastreio da dor neuropática, na forma de questionários simples e breves, com o objectivo de terem utilidade na prática clínica e investigação nesta área. Os instrumentos para o rastreio de dor neuropática mais frequentemente citados na literatura actualmente são¹²⁴: *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS); *Neuropathic Pain Questionnaire* (NPQ), DN4, *painDETECT* e *ID-Pain*. Apesar de terem sido originalmente desenvolvidos em línguas e locais muito distintos, é interessante verificar que todos eles utilizam um conjunto de termos descritivos muito semelhante, tendo capacidades de discriminação para a dor neuropática muito semelhantes também (sensibilidades e especificidades próximas dos 80%)¹²⁴.

Neste contexto, decidiu-se traduzir e validar o DN4¹³¹, por ser um dos mais simples e breves, privilegiando a sua aplicabilidade prática no contexto da investigação nesta área.

O DN4 foi originalmente desenvolvido e validado em França¹³¹. É um questionário para aplicação pelo clínico que tem 10 itens relacionados com características da dor. Sete dos itens estão relacionados com as características da dor referidas pelo doente, através de termos descritivos, e os três itens restantes resultam do exame físico realizado pelo clínico e procuram identificar a presença de regiões de hipoestesia ao tacto ou à picada ou regiões de alodinia táctil. O DN4 tem demonstrado ter excelentes propriedades no rastreio/identificação de dor associada a lesões do sistema nervoso (central ou periférico), tendo revelado muito boa especificidade (90%) e sensibilidade (83%)^{124,131,132}. Existem já versões deste instrumento em várias línguas e a sua simplicidade e brevidade permitem prever uma grande utilização no futuro, especialmente aplicado à investigação nesta área^{124,131-133}.

Instrumento Genérico de Medição de Estado de Saúde SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form 36 – SF-36)

O SF-36 é um instrumento genérico de medição de qualidade de vida relacionada com a

saúde. Este instrumento contempla oito dimensões, representadas por oito escalas multi-item correspondentes: função física (*Physical Functioning* – PF), limitações no desempenho por motivos físicos (*Role Physical* – RP), dor (*Bodily Pain* – BP), estado geral de saúde (*General Health* – GH), vitalidade (*Vitality* – VT), função social (*Social Functioning* – SF), limitações no desempenho por problemas emocionais (*Role Emotional* – RE) e bem-estar emocional (*Mental Health* – MH). Cada escala resulta da agregação ponderada de entre dois e dez itens, e é classificada numa escala de 0 a 100 pontos percentuais, correspondendo o valor 0 a uma incapacidade ou dor severas e o valor 100 à ausência de incapacidade ou dor. Este questionário é provavelmente o instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde mais utilizado a nível mundial, estando a sua reprodutibilidade e validade amplamente documentadas. O SF-36 foi traduzido e validado para a língua portuguesa pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra^{134,135}.

A utilização do SF-36 no presente estudo teve por objectivo a utilização das várias dimensões deste instrumento para a avaliação da validade de critério e de constructo dos questionários atrás apresentados. A opção pela aplicação do SF-36 prende-se com o facto de este ser um questionário validado para a língua portuguesa e amplamente utilizado, tendo excelentes e reconhecidas propriedades psicométricas de reprodutibilidade e validade. Além disto, e em particular, este instrumento contempla uma escala específica para a avaliação da dor, classificando a dor relativamente à sua severidade e interferência funcional. Esta escala de dor do SF-36 tem sido utilizada num conjunto diverso de contextos e patologias, estando a sua validade e reprodutibilidade cabalmente documentadas, tornando-se assim muito útil como critério de comparação para os questionários em análise.

Métodos e participantes

Protocolo de tradução e adaptação cultural dos instrumentos

A tradução e adaptação cultural dos questionários foram feitas segundo a metodologia internacionalmente recomendada²⁶⁻³¹, utilizando a seguinte estrutura: tradução; avaliação por grupo de especialistas; pré-teste em amostra da população-alvo; retroversão e avaliação da retroversão pelos autores da versão original do instrumento. Após a conclusão destes procedimentos, foi feita aplicação da versão portuguesa dos instrumentos em amostras de validação, de forma a avaliar a reprodutibilidade e validade dos mesmos.

A tradução de todos os instrumentos a partir da sua língua original foi feita de forma indepen-

dente por dois tradutores profissionais, bilingues e com experiência demonstrada em tradução para português na área da saúde.

As duas traduções de cada instrumento foram depois analisadas, discutidas e corrigidas item a item, por um painel de cinco clínicos especialistas na área da dor e três investigadores do projecto, tendo-se chegado a uma versão preliminar de consenso em língua portuguesa para cada um dos instrumentos avaliados. Para cada item, de cada um dos instrumentos analisados, foi definido um formato resultante do consenso entre todos os clínicos e investigadores (as soluções e opções em que surgiam divergências foram discutidas e a decisão final resultou do consenso de todo o painel).

As versões dos questionários resultantes da avaliação pelo grupo de consenso foram depois aplicadas a um conjunto de doentes da população-alvo, para avaliar a adequação da linguagem utilizada, a facilidade de aplicação, problemas de preenchimento e tempo de preenchimento de cada instrumento. Termos ou itens problemáticos ou de mais difícil compreensão foram identificados e reavaliados. Os itens ou termos foram considerados inadequados e reavaliados quando eram identificados como problemáticos por mais de 50% dos indivíduos da amostra deste estudo piloto.

Posteriormente, a versão preliminar portuguesa de cada instrumento foi de novo traduzida para a língua original de cada instrumento, de forma independente por dois tradutores profissionais bilingues, cuja língua nativa era a de origem dos instrumentos e com experiência demonstrada em tradução na área da saúde. As retroversões de cada um dos instrumentos foram avaliadas pelos autores das versões originais dos mesmos, tendo sido discutida a proximidade das retroversões relativamente ao original e as discrepâncias entre as duas retroversões disponíveis.

Após o processo de avaliação das retroversões e eventuais ajustamentos daí decorrentes, foram definidas as versões finais portuguesas de cada um dos instrumentos avaliados, as quais foram aplicadas a amostras de validação para avaliação da sua reprodutibilidade e validade.

Avaliação da reprodutibilidade e validade dos instrumentos

O estudo de validação para a língua portuguesa dos instrumentos mencionados foi feito seguindo a metodologia padrão internacionalmente recomendada^{26,32-34} e contemplou, para cada instrumento, a avaliação da reprodutibilidade teste-reteste, a avaliação da consistência interna e a avaliação da validade de critério e de constructo.

A avaliação da reprodutibilidade teste-reteste dos instrumentos foi feita através da aplicação

dos instrumentos numa consulta inicial (teste) e a aplicação, de novo, uma semana depois (reteste). Aplicaram-se técnicas de análise de concordância apropriadas (estatística κ para variáveis categóricas e coeficientes de correlação intraclases para variáveis assumidas como contínuas), sendo apresentadas as estatísticas de concordância para cada escala e/ou subescala de cada instrumento^{26,32-34}.

A avaliação da consistência interna dos instrumentos (escalas e subescalas) foi feita através do estudo das matrizes de correlação ítem-ítem e ítem-total, sendo apresentadas para cada escala e/ou subescala as estatísticas α de Cronbach globais, as estatísticas α de Cronbach se cada ítem fosse eliminado e as correlações ítem-total corrigidas para cada ítem^{26,32-34}.

A avaliação da validade dos instrumentos contemplou a análise de^{26,32-34}: validade de critério e validade de constructo. A validade de critério refere-se à correlação entre a medida ou escala em estudo e uma outra medida ou escala, que mede o mesmo constructo e que constitui, idealmente, o método padrão de medição do mesmo (*gold standard*). Deve ter-se em atenção que um dos problemas na avaliação da validade de critério é a não-existência, em alguns casos, de medidas padrão de referência para alguns dos constructos em causa. Definem-se dois tipos de validade de critério: a validade concorrente (quando o critério e a medida em estudo são aplicados ao mesmo tempo) e a validade preditiva (quando o critério é aplicado após a medida, podendo assim a medida servir para prever o resultado do critério). A validade de critério, especificamente a validade concorrente, foi analisada, para cada um dos instrumentos, através do cálculo de coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman, conforme apropriado, entre as medidas e os seus critérios.

Um constructo é por definição uma «construção» abstracta sobre um determinado conceito, e reflecte uma hipótese sobre as relações existentes entre um conjunto de atributos, ou sobre a resposta a um conjunto de intervenções. A avaliação da validade de constructo implica a existência de uma estrutura teórica substantiva que defina o próprio constructo e uma estrutura teórica de medição que permita a criação de uma medida (operacionalização do constructo). O processo de avaliação da validade de constructo contempla três aspectos principais:

- Verificação do domínio de conteúdo da medida.
- Determinação da estrutura de inter-relação entre as variáveis ou itens observados, verificando se estas medem coisas iguais ou diferentes e avaliando a sua estrutura factorial.
- Definição das propriedades da medida, verificando se estas são consistentes com o

modelo teórico postulado e analisando as relações existentes entre cada medida e outras medidas.

Neste contexto, medidas que supostamente medem um mesmo constructo deverão estar correlacionadas positivamente – validade convergente – e medidas que medem constructos diferentes deverão estar correlacionadas negativamente ou não correlacionadas, demonstrando a especificidade da medição do constructo – validade divergente ou discriminante. Neste estudo, a validade de constructo de cada instrumento foi avaliada através de: análise da sua estrutura factorial, com aplicação de métodos de análise factorial exploratória e confirmatória, e análise da validade convergente e da validade divergente ou discriminante, através da verificação de um conjunto de hipóteses, previamente definidas, sobre relações entre variáveis, estabelecidas a partir dos modelos teóricos considerados para cada instrumento.

No presente artigo, por motivos relacionados com o número de questionários avaliados e de extensão do próprio artigo, são apresentados apenas os resultados relativos à análise descritiva, proporção de dados omissos, reprodutibilidade teste-reteste e consistência interna para cada instrumento avaliado, sendo os restantes resultados alvo de publicação em artigos específicos para cada instrumento.

Métodos de selecção de participantes

Para o estudo da reprodutibilidade e validade dos instrumentos, estes foram aplicados numa amostra de validação, constituída por doentes seguidos em 13 Unidades de Dor Crónica (UDC) a nível nacional (Hospital São José de Fafe, Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, Hospital Pedro Hispano, Hospital Geral de Santo António, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Hospital Distrital de Oliveira de Azeméis, Hospital São Teotónio, Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital Fernando da Fonseca, Hospital Garcia de Orta e Hospital Central do Funchal). Todos os responsáveis pelo recrutamento de doentes receberam um conjunto de procedimentos operacionais padronizados, explicando detalhadamente o processo de selecção e recrutamento de participantes e os métodos de recolha de dados.

Os critérios de selecção aplicados foram:

- Critérios de inclusão: doentes com 18 ou mais anos de idade, seguidos numa das UDC que colaboraram no estudo.
- Critérios de exclusão: doentes incapazes de comunicar adequadamente em língua portuguesa, analfabetos e doentes incapazes de completar os questionários, por motivos físicos ou psiquiátricos.

A selecção e recrutamento dos indivíduos para a amostra foram feitas através de um pro-

cesso de amostragem consecutiva em cada uma das UDC, até perfazer um número fixo de doentes definido em função do número total de doentes das próprias UDC.

Dado o número e extensão dos questionários em avaliação, o processo de selecção de participantes e recolha de dados foi feito em duas fases distintas, cada uma com um conjunto independente de doentes e um conjunto específico de questionários aplicados:

- Na primeira fase, uma amostra de 250 indivíduos seguidos nas 13 UDC que colaboraram no estudo foi seleccionada, tendo-se aplicado a esta amostra os seguintes instrumentos: WHY-MPI, BPI, PDI, DN4 e SF-36.
- Na segunda fase (ainda não completada, ver «Resultados»), uma nova amostra de 250 indivíduos, seguidos nas 13 UDC que colaboraram no estudo, foi seleccionada, tendo-se aplicado a esta amostra os seguintes instrumentos: PCS, BPI, PDI, PBPI, CPCI e SF-36.

O cálculo do tamanho da amostra, para cada uma das fases do estudo, foi feito de forma a atingir uma precisão mínima (semiamplitude dos intervalos de confiança) nas estimativas de coeficientes de validade e reprodutibilidade de $\pm 0,1$, com um nível de confiança de 95%, para coeficientes de correlação $\geq 0,5$ ²⁶. O tamanho da amostra levou também em consideração a realização da análise factorial exploratória e confirmatória necessária ao estudo da validade de constructo dos instrumentos²⁶.

Métodos de recolha de dados

Em cada uma das fases do estudo, era fornecido a cada doente um *dossier*, contendo um conjunto de questões gerais e dados sociodemográficos e cada um dos questionários a aplicar, para ser respondido imediatamente. Após o preenchimento dos questionários, era entregue a cada doente um outro *dossier*, com conteúdo semelhante ao anterior (retestes) para ser respondido sete dias mais tarde, e os respectivos envelopes com portes pagos para envio dos retestes. A recolha de dados implicava o preenchimento pelo médico assistente de algumas questões clínicas breves, sendo os restantes questionários de auto-resposta pelo doente. Os doentes que aceitaram participar no estudo foram informados sobre todos os procedimentos necessários, foi-lhes dada a possibilidade de apresentarem dúvidas e foi-lhes solicitada a assinatura do consentimento informado para participação no estudo.

Processamento de dados e análise estatística

Foi feita uma análise descritiva inicial dos instrumentos em estudo, aplicando técnicas adequadas de estatística descritiva. Para cada

instrumento, são apresentadas estatísticas de sumário para cada item, para cada subescala e para cada escala, em função das características específicas do instrumento. As variáveis contínuas são sumariadas através da apresentação da média, do desvio padrão, mediana e âmbito (valor mínimo-valor máximo). As variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas e relativas para cada categoria.

Para além das medidas de sumário, para cada item, subescala e escala, são também apresentadas as proporções de dados omissos encontrados e as proporções de classificações nos extremos da escala de cada item, de forma a avaliar a existência de efeitos de *floor* e de *ceiling*^{26,34}.

Foi feita a análise da reprodutibilidade dos instrumentos utilizando técnicas de análise de concordância adequadas (estatísticas κ e coeficientes de correlação intraclasses)^{26,34}. A análise da consistência interna dos instrumentos foi feita através da aplicação da estatística α de Cronbach^{26,34}. A avaliação dos coeficientes de reprodutibilidade e consistência interna foi feita tendo em conta os critérios e termos qualificativos definidos por Landis e Koch¹³⁶. Estes autores consideram a existência de seis categorias: ausência de reprodutibilidade (coeficientes < 0,00); muito baixa reprodutibilidade (coeficientes entre 0,00 e 0,20); baixa reprodutibilidade (coeficientes entre 0,21 e 0,40); reprodutibilidade moderada (coeficientes entre 0,41 e 0,60); reprodutibilidade substancial (coeficientes entre 0,61 e 0,80); e reprodutibilidade quase perfeita (coeficientes entre 0,81 e 1,00).

A análise da validade de constructo e de critério foi feita através do cálculo de coeficientes de correlação implícitos nas hipóteses definidas em função dos modelos teóricos considerados^{26,34} e através da avaliação da validade factorial pela aplicação de métodos de análise factorial exploratória e confirmatória^{26,34,137-139}. A interpretação dos coeficientes de correlação foi baseada nos critérios e termos qualificativos descritos por Cohen¹⁴⁰. Este autor define três categorias para a interpretação de coeficientes de correlação: correlações baixas (coeficientes com valor absoluto entre 0,10 e 0,29); correlações médias (coeficientes com valor absoluto entre 0,30 e 0,49); e correlações altas (coeficientes com valor absoluto entre 0,50 e 1,00).

Os modelos de análise factorial exploratória foram implementados aplicando métodos de componentes principais para extracção dos factores^{26,34,137-139}. Para a selecção dos factores a reter foram tidos em conta o critério de Kaiser (factores com valores próprios maiores que um) e a análise gráfica através do *Screeplot*. Para facilitar a interpretação dos factores foram aplicadas rotações de natureza ortogo-

nal de tipo *Varimax* ou não ortogonal de tipo *Oblimin*.

Os modelos de análise factorial confirmatória foram construídos, quando apropriado, aplicando métodos de estimação de máxima verosimilhança e através do uso do programa AMOS 7.0^{®137-139}. A avaliação das estruturas factoriais propostas é feita através da construção e avaliação de modelos de equações estruturais. A definição dos modelos estruturais, para os instrumentos em que a análise factorial confirmatória foi utilizada, foi feita tendo em conta as estruturas factoriais propostas pelos autores originais dos questionários ou por trabalhos subsequentes. Para avaliar a adequada adaptação dos dados aos modelos testados, foram aplicados um conjunto de critérios baseados, em múltiplos índices e estatísticas de ajustamento: valor da estatística de qui-quadrado de ajustamento; teste de hipóteses de qui-quadrado de ajustamento; razão entre a estatística de qui-quadrado e o número de graus de liberdade; Índice Padronizado de Ajustamento de Bentler-Bonett (NFI); Índice Comparativo de Ajustamento (CFI); Índice de Ajustamento Relativo (RFI); Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação – RMSEA – e respectivo intervalo de confiança a 90%¹³⁷⁻¹³⁹.

Em todos os testes de hipóteses foi utilizado o nível de significância $\alpha = 0,05$. A análise estatística foi realizada com o auxílio do *software* de análise estatística SPSS 15.0[®] e AMOS 7.0[®].

Neste artigo, conforme acima referido, são só apresentados os resultados relativos à análise descritiva, proporção de dados omissos, reprodutibilidade teste-reteste e consistência interna para cada instrumento avaliado, sendo os restantes resultados alvo de publicação em artigos específicos para cada instrumento.

Resultados e discussão

1. Tradução e adaptação cultural dos instrumentos

A tradução de todos os instrumentos foi feita por dois tradutores bilingues, e analisadas, discutidas e corrigidas item a item, por um painel de cinco clínicos especialistas na área da dor e três investigadores do projecto. O painel de avaliação tentou adaptar cada instrumento às especificidades linguísticas nacionais e às características particulares do doente com dor, tendo conseguido chegar a uma solução de consenso para todos os itens de cada um dos instrumentos em análise.

Um estudo piloto numa pequena amostra de doentes da população alvo ($n = 25$) permitiu avaliar a adequação da linguagem utilizada, a facilidade de aplicação e a existência de problemas de preenchimento dos questionários, não tendo sido identificadas alterações relevantes a introduzir nas versões portuguesas dos instrumentos proposta pelo grupo de con-

Quadro 1. Descrição dos tempos de aplicação para cada um dos instrumentos avaliados. Mediana, percentil 25 e 75 dos tempos de aplicação de cada instrumento (n = 25)

Questionário	Tempo de aplicação (minutos)		
	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Brief Pain Inventory – Short Form	5,0	8,0	10,0
West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory	15,0	18,5	21,8
Pain Disability Index	4,0	5,0	10,0
Chronic Pain Coping Inventory (Patient)	10,0	15,0	25,0
Pain Beliefs and Perceptions Inventory	4,0	5,0	10,0
Pain Catastrophizing Scale	3,0	5,0	10,0
Douleur Neuropathique en 4 Questions	2,0	3,5	5,0

senso, uma vez que nenhum dos itens dos instrumentos avaliados foi referido como problemático por mais de 50% dos indivíduos da amostra. No quadro 1, são descritos os tempos de aplicação de cada um dos instrumentos avaliados, estimados a partir da amostra do estudo piloto.

Finalmente, foram feitas duas retroversões para as línguas originais de cada instrumento. A avaliação das retroversões pelos autores das versões originais permitiu a verificação, em todos os casos, de uma adequada proximidade entre a retroversão e o original, tendo sido identificadas só pequenas discrepâncias que não motivaram a necessidade de alteração das traduções propostas.

2. Características gerais das amostras

Os participantes neste estudo foram seleccionados em 13 UDC a nível nacional. O recrutamento processou-se em duas fases distintas, tal como referido na secção de métodos. Na primeira fase participaram 243 doentes e na segunda fase estão, actualmente, 122 doentes recrutados. A segunda fase de recrutamento está ainda em curso e irá prolongar-se até aos 250 doentes inicialmente programados.

Os participantes deste estudo tinham uma média de idade de 54 e 56 anos, respectivamente para a primeira e segunda fase, eram maioritariamente do sexo feminino, casados ou em união de facto e com o primeiro ciclo de escolaridade completo (Quadro 2). Destaca-se que, apesar da média de idades dos participantes ser de 55 anos, e de só 35% destes terem idade superior a 60 anos, a proporção de reformados ou pensionistas é de 52%.

Os diagnósticos mais frequentemente registados foram as patologias musculoesqueléticas e osteoarticulares (40%), as patologias neoplásicas (16%), dor relacionada com intervenções cirúrgicas (9%), nevralgias ou lesões do sistema

nervoso periférico (6%), patologia vascular periférica (3%), dor relacionada com lesões traumáticas (2%), enxaquecas ou outras cefaleias (2%) e outros diagnósticos não directamente enquadráveis numa das categorias anteriores (22%).

Quadro 2. Descrição das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo

	Amostra fase 1 (n = 243)		Amostra fase 2 (n = 122)	
Idade (anos), média (desvio-padrão)	54	(13)	56	(15)
Sexo, n (%)				
Masculino	91	(38)	43	(36)
Feminino	150	(62)	77	(64)
Estado civil, n (%)				
Solteiro(a)	18	(8)	6	(5)
Casado(a)/união de facto	183	(76)	93	(79)
Separado(a)/divorciado(a)	20	(8)	5	(4)
Viúvo(a)	18	(8)	14	(12)
Escolaridade, n (%)				
Não sabe ler nem escrever	3	(1)	1	(1)
1.º Ciclo incompleto	15	(6)	14	(12)
1.º Ciclo	103	(44)	62	(52)
2.º Ciclo	34	(15)	14	(12)
3.º Ciclo	30	(13)	13	(11)
Secundário	26	(11)	10	(8)
Ensino Superior	23	(10)	6	(5)
Actividade laboral, n (%)				
Trabalhador a tempo inteiro	59	(25)	28	(24)
Trabalhador a tempo parcial	7	(3)	3	(3)
Desempregado	14	(6)	9	(8)
Doméstica	21	(9)	15	(13)
Reformado/pensionista	124	(52)	61	(52)
Outro	15	(6)	2	(2)

Quadro 3.1a. Inventário Resumido da Dor – análise descritiva para cada item (n = 331)									
Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% Mínimo†	% Máximo‡	% Valores omissos	
BPI-3 – intensidade da sua dor no seu máximo	6,5	2,4	6,2-6,8	7	0-10	2	12	3	
BPI-4 – intensidade da sua dor no seu mínimo	3,9	2,6	3,7-4,3	3	0-10	6	3	3	
BPI-5 – intensidade da sua dor em média	5,3	2,3	5,1-5,6	5	0-10	2	3	5	
BPI-6 – intensidade da sua dor neste preciso momento	4,6	2,9	4,3-4,9	4	0-10	7	5	4	
BPI-9a – interferência – actividade geral	6,1	2,9	5,8-6,5	7	0-10	7	14	5	
BPI-9b – interferência – disposição	5,7	3,3	5,4-6,2	6	0-10	9	12	4	
BPI-9c – interferência – capacidade para andar a pé	5,7	3,3	2,4-6,2	6	0-10	11	14	5	
BPI-9d – interferência – trabalho normal	6,5	3,2	6,2-6,7	7	0-10	10	23	7	
BPI-9e – interferência – relações com outras pessoas	4,2	3,3	3,8-4,5	4	0-10	21	4	4	
BPI-9f – interferência – sono	5,6	3,3	5,2-5,9	6	0-10	13	13	4	
BPI-9g – interferência – prazer de viver	4,9	3,7	4,5-5,4	5	0-10	24	17	4	
Subescalas									
Severidade	5,1	2,2	4,9-5,4	5	0-10	1	1	7	
Interferência	5,5	2,3	5,3-5,8	6	0-10	1	1	11	
DP: Desvio-padrão. *Intervalo de confiança a 95%. †Percentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de <i>floor</i>). ‡Percentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de <i>ceiling</i>).									

3. Características psicométricas dos instrumentos avaliados

3.1. Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory)

ANÁLISE DESCRITIVA E DADOS OMISSOS

A aplicação do BPI foi feita nas duas fases deste estudo, pelo que no total este instrumento foi aplicado a 331 doentes seguidos em 13 UDC a nível nacional. A análise descritiva dos itens e subescalas da versão portuguesa do BPI são apresentados no quadro 3.1a, sendo possível verificar a existência de níveis elevados para a severidade e interferência funcional da dor nestes doentes, tendo em conta os valores médios das respectivas subescalas. No mesmo quadro é também possível verificar que a proporção de dados omissos para os itens deste instrumento é muito satisfatória, estando para a maioria dos itens entre 3 e 4%. O item com maior proporção

de dados omissos (7%) é o relativo à interferência no trabalho normal.

Finalmente, no quadro 3.1a são também apresentadas, para cada item, as proporções de indivíduos classificados no mínimo e máximo de cada escala, de forma a avaliar a existência de efeitos de *floor* e *ceiling*, muito frequentes neste tipo de instrumentos. Não se observam frequências de máximos ou mínimos da escala claramente acima do esperado, pelo que não existe evidência de efeitos de *floor* e *ceiling* muito marcados.

REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE E CONSISTÊNCIA INTERNA

No quadro 3.1b, são apresentados os resultados relativos à reprodutibilidade teste-reteste (avaliada pela concordância entre os valores obtidos para as subescalas do instrumento na aplicação inicial do mesmo e os valores das subes-

Quadro 3.1b. Inventário Resumido da Dor – α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasses (ICC) para as subescalas definidas para este instrumento

	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Severidade	0,985			0,878 (0,842-0,906)
Dor no seu máximo		0,873	0,746	
Dor no seu mínimo		0,859	0,783	
Dor em média		0,867	0,770	
Intensidade da sua dor neste preciso momento		0,860	0,791	
Interferência	0,842			0,840 (0,790-0,878)
Actividade geral		0,809	0,679	
Disposição		0,809	0,676	
Capacidade para andar a pé		0,835	0,500	
Trabalho normal		0,813	0,645	
Relações com outras pessoas		0,823	0,582	
Sono		0,819	0,605	
Prazer de viver		0,835	0,519	

*Coeficiente de correlação intraclasse e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

calas numa segunda aplicação sete dias depois) e à consistência interna das subescalas da versão portuguesa do BPI.

Os resultados apresentados revelam uma reprodutibilidade teste-reteste e uma consistência interna excelentes (classificação de Landis e Koch), demonstrando claramente a adequação do trabalho de tradução e as excelentes propriedades psicométricas deste instrumento, já demonstradas por vários autores³⁶⁻⁵¹.

3.2. Inventário Multidimensional de Dor West Haven-Yale (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory)

ANÁLISE DESCRITIVA E DADOS OMISSOS

As estatísticas de sumário e a proporção de omissos para cada um dos itens e subescalas da parte A do WHY-MPI estão descritas no quadro 3.2a.

Existe um nível elevado de severidade da dor e de interferência funcional na amostra analisada, níveis intermédios de *distress* afectivo e autocontrolo sobre a vida, e um nível elevado de apoio familiar. A existência de elevadas proporções de indivíduos a escolher os máximos das escalas dos itens faz suspeitar da existência de um efeito de *ceiling* associado a esta parte do instrumento. Na generalidade, encon-

tram-se proporções de dados omissos muito aceitáveis, com valores em torno dos 5% para a maioria dos itens.

No quadro 3.2b, apresentam-se as medidas de sumário para a parte B do WHY-MPI. Esta parte do questionário pretende avaliar as respostas das pessoas significativas do indivíduo com dor relativamente a si próprio e à sua dor, e está dividida em respostas negativas, solícitas e de distração. É interessante observar que a opinião dos doentes relativamente às respostas das suas pessoas significativas é em geral bastante positiva, havendo um nível elevado na subescala de respostas solícitas e de distração, e um nível baixo para a subescala de respostas negativas. As proporções de selecção de valores mínimos e máximos das escalas são heterogéneas, havendo itens com prováveis efeitos de *ceiling* e outros com prováveis efeitos de *floor*. Na generalidade, as proporções de dados omissos desta parte do questionário rondam os 10%.

As estatísticas de sumário para a parte C do WHY-MPI estão descritas no quadro 3.2c. Esta terceira parte do questionário mede a frequência com a qual os indivíduos com dor se envolvem num conjunto de cinco grupos de actividades da vida diária. Verifica-se que existem baixos níveis médios em qualquer uma das cinco subescalas

Quadro 3.2a. Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (Parte A) – análise descritiva para cada item (n = 251)

Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
1 Classifique a intensidade da sua dor neste momento	3,7	1,7	3,5-3,9	4	0-6	4	20	6
2 Interferência com as suas actividades do dia-a-dia	4,5	1,7	4,3-4,8	5	0-6	4	40	5
3 Interferência com a capacidade para trabalhar	5,1	1,4	4,9-5,3	6	0-6	3	58	7
4 Interferência no prazer obtido nas activ. sociais e recreativas	4,6	1,6	4,4-4,8	5	0-6	6	37	7
5 Apoio ou ajuda em relação à sua dor	5,2	1,2	5,1-5,4	6	0-6	0,4	63	8
6 Classifique a sua disposição geral durante a última semana	3,1	1,8	2,9-3,4	3	0-6	13	10	5
7 Em média, quão forte foi a sua dor durante a última semana?	4,03	1,6	3,8-4,2	4	0-6	4	22	6
8 Interferência na participação em activi. sociais e recreativas	4,6	1,7	4,4-4,9	5	0-6	6	42	7
9 Interferência na satisfação obtida das actividades familiares	3,8	1,8	3,5-4,0	4	0-6	9	23	5
10 Preocupação em relação à sua dor.	5,3	1,2	5,2-5,5	6	0-6	0,4	66	5
11 Sentiu que controlava a sua vida?	3,6	1,8	3,4-3,9	4	0-6	9	17	5
12 Até que ponto é que a sua dor lhe causa sofrimento?	4,8	1,2	4,6-4,9	5	0-6	0,4	37	4
13 Interferência no casamento e outras relações familiares	3,0	2,4	2,7-3,3	3	0-6	29	21	5
14 Interferência na satisfação relacionada com o trabalho	4,8	1,8	4,6-5,0	6	0-6	7	52	11
15 Atenção em relação à sua dor?	5,2	1,3	5,1-5,4	6	0-6	1	61	5
16 Tem sido capaz de lidar com os seus problemas?	3,3	1,9	3,0-3,5	4	0-6	14	10	5
17 Interferência na capacidade de realizar tarefas domésticas	4,6	1,6	4,4-4,8	5	0-6	4	36	7
18 Durante a última semana, até que ponto esteve irritável?	3,6	1,8	3,4-3,9	4	0-6	9	18	6
19 Interferência na amizade com pessoas fora da família	2,5	2,2	2,2-2,8	2	0-6	31	13	5
20 Na última semana, até que ponto esteve tenso ou ansioso?	3,9	1,9	3,7-4,2	4	0-6	9	28	5
Subescalas								
Severidade da dor	4,2	1,3	4,0-4,3	4,3	0-6	1	12	10
Interferência funcional	4,2	1,2	3,9-4,3	4,4	0-6	0,4	4	6
<i>Distress</i> afectivo	3,5	1,5	3,3-3,7	3,7	0-6	4	5	8
Autocontrolo sobre a vida	3,5	1,4	3,3-3,7	3,5	0-6	5	6	7
Apoio familiar	5,3	1,0	5,2-5,4	5,7	1-6	1	49	10
DP: desvio-padrão. *Intervalo de confiança a 95%. †Percentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de <i>floor</i>). ‡Percentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de <i>ceiling</i>).								

Quadro 3.2b. Inventário Multidimensional de Dor West Haven-Yale (Parte B) – análise descritiva para cada item (n = 251)

Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
1 Ignora-me	2,1	2,5	1,8-2,4	0	0-6	52	18	6
2 Pergunta-me o que pode fazer para ajudar	4,9	1,6	4,7-5,1	6	0-6	3	56	7
3 Lê para mim	1,4	2,1	1,1-1,7	0	0-6	62	9	12
4 Mostra-me a sua irritação	1,6	2,1	1,3-1,9	0	0-6	53	9	8
5 Encarrega-se das minhas tarefas ou obrigações	4,2	2,1	3,9-4,5	5	0-6	9	42	9
6 Fala comigo sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor	4,3	1,9	4,0-4,6	5	0-6	8	43	7
7 Mostra –me a sua frustração	2,1	2,3	1,8-2,4	1	0-6	39	14	7
8 Tenta fazer-me descansar	4,8	1,7	4,6-5,0	6	0-6	4	52	7
9 Tenta fazer com que eu participe nalguma actividade	3,6	2,2	3,3-3,9	4	0-6	16	26	9
10 Mostra-me a sua fúria	1,2	2,0	0,9-1,5	0	0-6	67	6	9
11 Vai buscar-me medicação para a dor	4,7	2,0	4,5-5,0	6	0-6	10	60	6
12 Incentiva-me a arranjar uma distração/passatempo	4,5	1,9	4,2-4,7	5	0-6	8	45	8
13 Traz-me qualquer coisa para comer ou beber	4,7	1,8	4,5-4,9	6	0-6	5	54	7
14 Liga a televisão para me distrair da dor	3,8	2,5	3,5-4,1	5	0-6	22	44	7
Subescalas								
Respostas negativas	1,7	1,6	1,5-1,9	1,5	0-6	23	2	9
Respostas solícitas	4,6	1,4	4,4-4,7	5,0	0,2-6	0,4	23	8
Respostas de distração	3,5	1,5	3,3-3,7	3,7	0-6	3	6	9
DP: desvio-padrão. *Intervalo de confiança a 95%. †Porcentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de <i>floor</i>). ‡Porcentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de <i>ceiling</i>).								

de actividades, em particular para o trabalho ao ar livre e as actividades fora de casa, indicando limitações importantes destes doentes nas actividades do dia-a-dia. A proporção de selecção dos mínimos das escalas faz suspeitar em vários itens da existência de um efeito de *floor*. A proporção de dados omissos é relativamente baixa, rondando os 7% para a maioria dos itens.

REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE E CONSISTÊNCIA INTERNA

Nos quadros 3.2d, 3.2e e 3.2f, são apresentadas as estatísticas α de Cronbach para avaliação da consistência interna e os ICC para a

avaliação da reprodutibilidade teste-reteste das subescalas das partes A, B e C do WHY-MPI, respectivamente.

A consistência interna e reprodutibilidade teste-reteste de todas as subescalas da parte A do WHY-MPI são substanciais ou quase perfeitas, sendo a única excepção a subescala de autocontrolo sobre a vida, que apresenta valores moderados de consistência interna medida pelo α de Cronbach (Quadro 3.2d).

Os valores de consistência interna e reprodutibilidade teste-reteste das subescalas das partes B e C do WHY-MPI são de natureza substancial ou quase perfeita, conforme se constata nos quadros 3.2e e 3.2f.

Quadro 3.2c. Inventário Multidimensional de Dor West Haven-Yale (Parte C) – análise descritiva para cada item (n = 251)

Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
1 Lavar a louça	2,9	2,4	2,6-3,2	3	0-6	28	28	6
2 Cortar a relva	0,4	1,3	0,2-0,6	0	0-6	88	3	8
3 Ir comer fora	2,1	1,8	1,9-2,4	2	0-6	26	5	7
4 Jogar às cartas ou outros jogos	1,3	1,8	1,1-1,5	0	0-6	56	7	6
5 Ir às compras	3,6	2,1	3,3-3,9	4	0-6	16	26	5
6 Trabalhar no jardim	1,0	1,7	0,8-1,2	0	0-6	67	5	6
7 Ir ao cinema	0,7	1,4	0,6-0,9	0	0-6	71	2	7
8 Visitar amigos	2,7	1,9	2,5-2,9	3	0-6	18	10	5
9 Ajudar na limpeza da casa	2,7	2,2	2,4-2,9	2	0-6	26	18	5
10 Tratar do carro	1,3	2,1	1,0-1,6	0	0-6	64	8	8
11 Dar uma volta de carro	3,3	2,1	3,0-3,6	3	0-6	16	19	7
12 Visitar familiares	3,0	1,9	2,8-3,3	3	0-6	14	15	7
13 Preparar uma refeição	3,2	2,3	2,9-3,5	3	0-6	23	26	7
14 Lavar o carro	1,1	1,9	0,8-1,3	0	0-6	68	6	7
15 Viajar	1,8	1,8	1,5-1,9	1	0-6	36	5	7
16 Ir ao parque ou à praia	2,3	1,9	2,0-2,6	2	0-6	31	8	7
17 Lavar a roupa na máquina	2,9	2,7	2,6-3,3	3	0-6	38	34	5
18 Fazer algum arranjo necessário na casa	2,4	2,1	2,2-2,7	2	0-6	27	13	5
Subescalas								
Trabalho doméstico	3,1	1,9	3,8-3,3	3,00	0-6	7	9	6
Trabalho ao ar livre	1,2	1,2	1,1-1,4	0,80	0-6	18	1	8
Actividades fora de casa	1,9	1,3	1,8-2,1	1,75	0-6	8	1	7
Actividades sociais	2,3	1,5	2,1-2,5	2,25	0-6	7	3	7
Actividades gerais	2,2	1,0	2,0-2,3	2,11	0-6	1	0,4	8
DP: desvio-padrão. *Intervalo de confiança a 95%. †Percentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de <i>floor</i>). ‡Percentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de <i>ceiling</i>).								

Globalmente, os resultados relativos à consistência interna e reprodutibilidade teste-reteste demonstram a adequação da versão portuguesa do WHY-MPI e confirmam as óptimas propriedades psicométricas deste instrumento^{52-58,61,63}.

3.3. Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (*Pain Disability Index*)

ANÁLISE DESCRITIVA E DADOS OMISSOS

As medidas de sumário relativas aos itens e subescalas do PDI são apresentadas no qua-

dro 3.3a. É possível observar que os aspectos em que estes doentes referem maior incapacidade são as actividades relacionadas com a ocupação/trabalho, tempos de lazer e as responsabilidades familiares/domésticas. As proporções de dados omissos foram cerca de 5% para a maioria dos itens e não parece existir evidência de efeitos de *ceiling* ou *floor* importantes.

REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE E CONSISTÊNCIA INTERNA

No quadro 3.3b, são apresentados os valores das estatísticas α de Cronbach e ICC para as

Quadro 3.2d. Inventário Multidimensional de Dor West Haven-Yale (Parte A) –α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasse				
	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Interferência funcional	0,841			0,825 (0,764-0,870)
2 Interferência com as suas actividades do dia-a-dia		0,834	0,462	
3 Interferência com a capacidade para trabalhar		0,829	0,533	
4 Interferência no prazer obtido das actividades sociais e recreativas		0,811	0,694	
8 Interferência na participação em actividades sociais e recreativas		0,806	0,743	
9 Interferência na satisfação obtida das actividades familiares		0,818	0,613	
13 Interferência no casamento e outras relações familiares		0,837	0,500	
14 Interferência na satisfação relacionada com o trabalho		0,824	0,567	
17 Interferência na capacidade de realizar tarefas domésticas		0,822	0,589	
19 Interferência na amizade com pessoas fora da família		0,841	0,445	
Apoio familiar	0,829			0,910 (0,877-0,933)
5 Apoio ou ajuda em relação à sua dor		0,771	0,681	
10 Preocupação em relação à sua dor		0,761	0,693	
15 Atenção em relação à sua dor?		0,760	0,696	
Severidade da dor	0,794			0,840 (0,783-0,882)
1 Classifique a intensidade da sua dor neste momento.		0,656	0,696	
7 Em média, quão forte foi a sua dor durante a última semana?		0,647	0,702	
12 Até que ponto é que a sua dor lhe causa sofrimento?		0,813	0,551	
Autocontrolo sobre a vida	0,433			0,634 (0,506-0,729)
11 Sentiu que controlava a sua vida?		–	0,277	
16 Tem sido capaz de lidar com os seus problemas?		–	0,277	
Distress afectivo	0,721			0,693 (0,584-0,773)
6 Classifique a sua disposição geral durante a última semana.		0,833	0,358	
18 Durante a última semana, até que ponto esteve irritável?		0,475	0,666	
20 Durante a última semana, até que ponto esteve tenso ou ansioso?		0,519	0,628	
*Coeficiente de correlação intraclasse e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).				

Quadro 3.2e. Inventário Multidimensional de Dor West Haven-Yale (Parte B) – α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasse

	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Respostas negativas	0,696			0,824 (0,762-0,870)
1 Ignora-me		0,771	0,271	
4 Mostra-me a sua irritação		0,525	0,652	
7 Mostra-me a sua frustração		0,630	0,482	
10 Mostra-me a sua fúria		0,579	0,574	
Respostas solícitas	0,822			0,855 (0,803-0,893)
2 Pergunta-me o que pode fazer para ajudar		0,809	0,515	
5 Encarrega-se das minhas tarefas ou obrigações		0,793	0,594	
8 Tenta fazer-me descansar		0,794	0,592	
11 Vai buscar-me medicação para a dor		0,795	0,583	
13 Traz-me qualquer coisa para comer ou beber		0,777	0,672	
14 Liga a televisão para me distrair da dor		0,792	0,615	
Respostas de distração	0,721			0,783 (0,706-0,840)
3 Lê para mim		0,794	0,264	
6 Fala comigo sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor		0,598	0,611	
9 Tenta fazer com que eu participe nalguma actividade		0,614	0,579	
12 Incentiva-me a arranjar uma distração/ passatempo		0,596	0,619	

*Coeficiente de correlação intraclasse e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

subescalas deste instrumento. Verificou-se que a consistência interna e a reprodutibilidade teste-reteste das subescalas são excelentes, confirmando as óptimas propriedades descritas para este instrumento^{64,71-78}.

3.4. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (*Chronic Pain Coping Inventory*)

ANÁLISE DESCRITIVA E DADOS OMISSOS

No quadro 3.4a, descrevem-se as medidas de sumário para cada um dos itens e subescalas do CPCI. Os mecanismos de *coping* mais frequentemente utilizados pelos doentes correspondem aos itens 5, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 40, 42, 45, 47, 48, 49 e 51. É de notar que estes são itens maioritariamente ligados ao descanso e diminuição de actividade física/esforços e ao

autoconvencimento. A proporção de dados omissos é igual ou inferior a 10%, com duas excepções.

Deve salientar-se a grande proporção de classificações nos extremos das escalas na maioria dos itens. Este facto levanta a possibilidade de existirem efeitos de *ceiling* e *floor* importantes e deve ser tido em conta na aplicação do instrumento, tentando tornar claro aos doentes a natureza da escala utilizada e a forma apropriada de a aplicar.

REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE E CONSISTÊNCIA INTERNA

No quadro 3.4b, são apresentadas as estatísticas α de Cronbach, para avaliação da consistência interna das subescalas deste instrumento, e os ICC para avaliação da concordância entre

Quadro 3.2f. Inventário Multidimensional de Dor West Haven-Yale (Parte C) – α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassas

	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Trabalho doméstico	0,855			0,923 (0,897-0,943)
1 Lavar a louça		0,800	0,762	
5 Ir às compras		0,888	0,389	
9 Ajudar na limpeza da casa		0,804	0,758	
13 Preparar uma refeição		0,795	0,784	
17 Lavar a roupa na máquina		0,825	0,680	
Trabalho ao ar livre	0,694			0,870 (0,824-0,904)
2 Cortar a relva		0,654	0,452	
6 Trabalhar no jardim		0,678	0,365	
10 Tratar do carro		0,559	0,623	
14 Lavar o carro		0,574	0,608	
18 Fazer algum arranjo necessário na casa		0,731	0,279	
Actividades fora de casa	0,645			0,867 (0,820-0,901)
3 Ir comer fora		0,654	0,452	
7 Ir ao cinema		0,678	0,365	
11 Dar uma volta de carro		0,559	0,623	
15 Viajar		0,574	0,608	
Actividades sociais	0,733			0,866 (0,819-0, 900)
4 Jogar às cartas ou outros jogos		0,737	0,406	
8 Visitar amigos		0,639	0,583	
12 Visitar familiares		0,606	0,634	
16 Ir ao parque ou à praia		0,698	0,482	
Actividades Gerais	0,809			0,901 (0,866-0,927)
1 Lavar a louça		0,797	0,437	
2 Cortar a relva		0,810	0,173	
3 Ir comer fora		0,798	0,426	
4 Jogar às cartas ou outros jogos		0,814	0,139	
5 Ir às compras		0,793	0,504	
6 Trabalhar no jardim		0,811	0,174	
7 Ir ao cinema		0,802	0,366	
8 Visitar amigos		0,800	0,389	
9 Ajudar na limpeza da casa		0,787	0,586	
10 Tratar do carro		0,806	0,288	
11 Dar uma volta de carro		0,795	0,471	
12 Visitar familiares		0,797	0,449	
13 Preparar uma refeição		0,793	0,493	
14 Lavar o carro		0,806	0,282	
15 Viajar		0,799	0,414	
16 Ir ao parque ou à praia		0,792	0,524	
17 Lavar a roupa na máquina		0,806	0,335	
18 Fazer algum arranjo necessário na casa		0,790	0,540	

*Coeficiente de correlação intraclassa e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

Quadro 3.3a. Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor – análise descritiva para cada item (n = 253)								
Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
Responsabilidades familiares/ domésticas	5,7	3,1	5,3-6,0	6	0-10	11	13	4
Tempos de lazer	6,1	2,9	5,8-6,5	7	0-10	8	15	5
Actividades sociais	5,6	2,9	5,3-5,9	5	0-10	9	11	5
Ocupação	6,4	2,9	6,1-6,7	7	0-10	6	16	4
Comportamento sexual	5,5	3,5	5,1-5,9	6	0-10	17	20	7
Cuidados pessoais	4,5	3,1	4,2-4,5	5	0-10	15	5	3
Actividades vitais	3,9	2,9	3,5-4,2	4	0-10	20	3	4
Subescala voluntária	29,4	12,1	27,9-30,7	30	0-50	3	4	11
Subescala obrigatória	8,4	5,2	7,8-9,0	8	0-20	9	2	5

DP: desvio-padrão.
 *Intervalo de confiança a 95%.
 †Porcentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de *floor*).
 ‡Porcentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de *ceiling*).

as subescalas da aplicação inicial e sete dias depois, de forma a avaliar a reprodutibilidade teste-reteste.

Verifica-se que os valores das estatísticas α de Cronbach e dos ICC são todos substanciais ou excelentes, confirmando as propriedades de reprodutibilidade e consistência interna deste instrumento descritas por outros autores^{81,82,84-89}.

3.5. Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor (*Pain Beliefs and Perceptions Inventory*)

ANÁLISE DESCRITIVA E DADOS OMISSOS

As medidas de sumário para os itens e subescalas do PBPI são apresentados no quadro 3.5a. Em geral, existem baixos níveis de autculpabilidade e elevados níveis de constância da dor.

Quadro 3.3b. Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor – α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassas				
	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Voluntárias	0,845			0,762 (0,687-0,818)
Responsabilidades familiares/domésticas		0,800	0,697	
Tempos de lazer		0,796	0,717	
Actividades sociais		0,804	0,684	
Ocupação		0,794	0,728	
Comportamento sexual		0,868	0,471	
Obrigatórias	0,656			0,808 (0,752-0,851)
Cuidados pessoais		-	0,488	
Actividades vitais		-	0,488	

*Coeficiente de correlação intraclassa e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

Quadro 3.4a. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crônica – análise descritiva para cada item (n = 122)								
Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo [†]	% máximo [‡]	% valores omissos
1 Pensei numa imagem calma	2,77	2,7	2,2-3,4	2	0-7	35	20	5
2 Continuei a fazer o que estava a fazer	4,0	2,7	3,4-4,6	4	0-7	15	36	8
3 Estiquei os músculos das pernas	3,1	3,1	2,4-3,8	3	0-7	42	32	10
4 Ignorei a dor	2,9	3,0	2,2-3,6	2	0-7	43	28	10
5 Descansei um bocado	5,3	2,1	4,8-5,8	7	0-7	2	55	7
6 Combinei encontrar-me com um amigo	1,25	2,1	0,7-1,7	0	0-7	62	6	10
7 Fui para a cama mais cedo para descansar	4,1	2,8	3,5-4,7	5	0-7	20	35	4
8 Tive o apoio de um amigo	3,2	3,0	2,5-3,8	3	0-7	38	30	7
9 Pedi a alguém que me ajudasse	3,5	3,0	2,8-4,2	4	0-7	35	33	7
10 Lembrei-me que as coisas podiam ser piores	3,9	2,7	3,3-4,5	5	0-7	19	28	3
11 Evitei usar uma parte do meu corpo	3,3	3,2	2,6-3,9	3	0-7	44	34	3
12 Concentrei-me em relaxar os músculos	4,1	3	3,4-4,7	5	0-7	25	39	4
13 Sentei-me no chão e estiquei-me	1,3	2,5	0,8-1,9	0	0-7	74	11	8
14 Disse a mim próprio que as coisas irão melhorar	4,0	2,9	3,3-4,6	4	0-7	25	42	6
15 Apoiei-me em algo para me levantar ou sentar	4,6	2,8	3,9-5,2	6	0-7	20	48	2
16 Tive o apoio de um familiar	4,9	2,8	4,4-5,6	7	0-7	16	60	6
17 Fiz exercícios para fortalecer os braços	3,1	3,0	2,4-3,8	2	0-7	40	31	6
18 Descansei o máximo que pude	5,4	2,3	4,9-2,9	7	0-7	8	58	3
19 Pensei em alguém com problemas piores	4,8	2,5	4,2-5,3	5	0-7	13	45	5
20 Falei com alguém que me é próximo	4,8	2,6	4,3-5,4	7	0-7	15	51	6
21 Disse a mim próprio que me estou a adaptar	3,8	2,9	3,2-4,5	4	0-7	29	38	3
22 Telefonei a um amigo	1,5	2,3	1,0-2,0	0	0-7	58	7	6
23 Pensei em todas as coisas boas que tenho	4,8	2,6	4,2-5,4	6	0-7	13	46	3
24 Ouvei música para relaxar	2,6	2,9	1,9-3,2	1	0-7	46	23	5
25 Pedi ajuda para um trabalho ou uma tarefa	3,9	3,1	3,3-4,6	5	0-7	26	42	5
26 Estiquei os músculos do pescoço	2,8	3,2	2,1-3,5	0	0-7	51	29	6
27 Disse a mim próprio que a minha dor vai melhorar	4,4	2,8	3,8-5,1	5	0-7	21	46	3
28 Não deixei que a dor interferisse nas actividades	3,4	2,8	2,7-3,9	4	0-7	32	24	7
29 Fiz exercício para fortalecer as pernas	2,7	3,0	2,0-3,4	2	0-7	46	26	8
30 Pensei num amigo que lidou bem com um problema	2,2	2,7	1,6-2,9	1	0-7	50	17	11
Continua								

Quadro 3.4a. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica – análise descritiva para cada item (n = 122) (continuação)

Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
31 Ouvi uma <i>cassette</i> /CD de relaxamento	0,9	1,9	0,5-1,4	0	0-7	72	5	8
32 Fiz exercício aeróbico	0,3	0,9	0-0,5	0	0-7	88	1	6
33 Limitei as minhas caminhadas devido à dor	4,1	3,1	3,5-4,8	5	0-7	31	42	3
34 Limitei-me a não dar atenção à dor	2,8	2,8	2,2-3,5	2	0-7	35	21	13
35 Coxeei enquanto caminhava para diminuir a dor	3,0	3,2	2,3-3,7	1	0-7	46	31	5
36 Meditei para relaxar	2,9	3,0	2,2-3,6	2	0-7	43	28	7
37 Lembrei-me que já tinha conseguido lidar com a dor	3,9	2,9	3,3-4,5	4	0-7	23	37	5
38 Deitei-me de costas e estiquei-me	4,1	2,9	3,4-4,7	5	0-7	27	41	5
39 Mantive parte do meu corpo numa posição especial	3,9	3,2	3,3-4,7	5	0-7	34	46	6
40 Descansei numa cadeira ou num sofá	5,1	2,7	4,5-5,6	7	0-7	16	57	2
41 Evitei fazer peso sobre os pés ou as pernas	4,1	3,2	3,4-4,8	6	0-7	34	47	6
42 Pedi ajuda para transportar ou levantar alguma coisa	4,6	2,9	3,9-5,3	7	0-7	22	53	6
43 Fiz exercícios para melhorar a condição física	2,9	2,9	2,2-3,5	2	0-7	41	25	5
44 Falei com um amigo ou um familiar	3,2	3,2	2,5-3,9	3	0-7	41	36	9
45 Lembrei-me que existem pessoas pior do que eu	5,1	2,5	4,5-5,6	7	0-7	9	52	5
46 Limitei o tempo que passo em pé	4,0	3,1	3,4-4,7	5	0-7	29	46	6
47 Deitei-me numa cama	5,2	2,5	4,7-5,8	7	0-7	12	55	6
48 Evitei algumas actividades físicas	5,1	2,8	4,5-5,7	7	0-7	19	60	6
49 Lembrei-me das coisas boas que tenho	4,7	2,7	4,1-5,3	6	0-7	18	48	5
50 Usei a auto-hipnose para relaxar	0,7	1,9	0,2-1,1	0	0-7	88	5	7
51 Continuei com a minha vida	4,9	2,8	4,3-5,5	7	0-7	16	55	6
52 Fiz exercício para fortalecer os abdominais	1,4	2,5	0,9-1,9	0	0-7	67	12	5
53 Encontrei-me com um amigo	2,4	2,6	1,9-2,9	2	0-7	37	15	7
54 Lembrei pessoas que lidaram bem com as dores	3,6	2,7	3,0-4,2	4	0-7	22	31	7
55 Estiquei os músculos onde me doía	2,9	3,0	2,3-3,6	2	0-7	39	27	7
56 Evitei a actividade	3,9	3,1	3,2-4,5	5	0-7	33	37	5
57 Encontrei-me com um familiar	3,7	3,1	3,0-4,3	4	0-7	30	39	6
58 Fui sozinho para um quarto para descansar	4,4	3,0	3,7-5,1	6	0-7	27	48	6
59 Respirei fundo e lentamente para relaxar	4,4	2,8	3,8-5,0	6	0-7	23	42	5
Continua								

Quadro 3.4a. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica – análise descritiva para cada item (n = 122) (continuação)

Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
60 Fiz exercícios para fortalecer as costas	2,5	3,0	1,8-3,1	0	0-7	52	24	6
61 Estiquei os músculos dos ombros ou braços	2,9	3,1	2,3-3,7	2	0-7	44	31	8
62 Pedi a alguém que me trouxesse alguma coisa	2,9	3,1	2,3-3,6	3	0-7	47	30	6
63 Não deixei que a dor afectasse a minha actividade	3,2	2,8	2,6-3,8	3	0-7	34	25	6
64 Deitei-me num sofá	3,0	2,9	2,4-3,7	3	0-7	42	26	8
Subescalas								
Defesa ou protecção	3,9	1,9	3,6-4,4	4,0	0-7	2	5	3
Descanso	4,6	1,6	4,2-4,9	5,0	0-7	1	5	9
Pedidos de ajuda	3,8	2,1	3,3-4,2	3,5	0-7	5	9	10
Relaxamento	2,6	1,5	2,3-2,9	2,5	0-5,7	8	1	7
Persistência	3,4	1,9	3,0-3,9	3,50	0-7	5	5	10
Exercício físico e alongamentos	2,5	1,8	2,1-2,9	2,2	0-6,4	7	1	6
Procura de apoio social/familiar	3,1	1,8	2,7-3,5	3,00	0-6,3	4	1	7
Autoconvencimento	4,1	1,6	3,7-4,5	4,36	0-7	1	4	5

DP: desvio-padrão.
 *Intervalo de confiança a 95%.
 †Porcentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de *floor*).
 ‡Porcentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de *ceiling*).

A proporção de dados omissos, na maioria dos itens, foi de 7-9%. Existem alguns indícios de prováveis efeitos de *ceiling* ou *floor* em alguns dos itens (5, 7, 9, 10, 11, 13, 15 e 16).

REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE E CONSISTÊNCIA INTERNA

No quadro 3.5b são apresentados os valores das estatísticas α de Cronbach e ICC para as subescalas deste instrumento. Verificou-se que a reprodutibilidade teste-reteste das subescalas é, em todos os casos, excelente. A consistência interna das subescalas é, também em todos os casos, substancial. Estes resultados confirmam as óptimas propriedades já descritas para este instrumento^{91,94,97-100}.

3.6. Escala de Desânimo Associada à Dor (*Pain Catastrophizing Scale*)

ANÁLISE DESCRITIVA E DADOS OMISSOS

No quadro 3.6a, são apresentadas as estatísticas de sumário para os itens e subescalas do questionário PCS. Observam-se níveis médios mais elevados para os itens 1, 8 e 11. Todos os itens têm proporções de dados omissos muito elevados e uma proporção de classificação no máximo da escala muito elevada, sugerindo a existência de um efeito de *ceiling* não negligenciável.

A proporção de dados omissos verificada motivou a procura de uma explicação para este fenómeno, tendo resultado da análise dos questionários a hipótese de poder dever-se ao formato gráfico do próprio questionário. Colocou-se como hipótese que o pequeno tamanho da legenda com a indicação da escala numérica e os pequenos espaços para colocar a classificação numérica nos itens possam ter dificultado a compreensão e o preenchimento do questionário. Neste contexto, na versão final portuguesa deste instrumento, que é disponibilizada em anexo, procedeu-se a uma alteração da forma gráfica do questionário, na tentativa de tornar mais fácil a compreensão e adequado preenchimento do mesmo.

REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE E CONSISTÊNCIA INTERNA

No quadro 3.6b, são apresentadas as estatísticas α de Cronbach e ICC para a avaliação da consistência interna e reprodutibilidade teste-reteste das subescalas do questionário PCS. É possível observar a existência de níveis substanciais ou excelentes de consistência interna e reprodutibilidade para todas as subescalas do instrumento, confirmando as adequadas propriedades psicométricas deste instrumento^{101,107,109,110,112-115,117-119}.

Quadro 3.4b. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica – α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intra-classes

	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Defesa ou protecção	0,767			0,791 (0,640-0,879)
11 Evitei usar uma parte do meu corpo		0,773	0,262	
15 Apoiei-me em algo para me levantar ou sentar		0,742	0,471	
33 Limitei as minhas caminhadas devido à dor		0,764	0,314	
35 Coxeei enquanto caminhava para diminuir a dor		0,739	0,487	
39 Mantive parte do meu corpo numa posição especial		0,785	0,184	
41 Evitei fazer peso sobre os pés ou as pernas		0,724	0,576	
46 Limitei o tempo que passo em pé		0,715	0,637	
48 Evitei algumas actividades físicas		0,728	0,576	
56 Evitei a actividade		0,724	0,583	
Descanso	0,717			0,704 (0,490-0,828)
5 Descansei um bocado		0,675	0,471	
7 Fui para a cama mais cedo para descansar		0,677	0,440	
18 Descansei o máximo que pude		0,639	0,610	
40 Descansei numa cadeira ou num sofá		0,717	0,282	
47 Deitei-me numa cama		0,650	0,559	
58 Fui sozinho para um quarto para descansar		0,662	0,497	
64 Deitei-me num sofá		0,740	0,200	
Pedidos de ajuda	0,621			0,797 (0,644-0,884)
9 Pedi a alguém que me ajudasse		0,595	0,339	
25 Pedi ajuda para um trabalho ou uma tarefa		0,577	0,364	
42 Pedi ajuda para transportar ou levantar coisas		0,458	0,524	
62 Pedi a alguém que me trouxesse alguma coisa		0,563	0,383	
Relaxamento	0,612			0,800 (0,655-0,884)
1 Pensei numa imagem calma		0,541	0,426	
12 Concentrei-me em relaxar os músculos		0,550	0,392	
24 Ouvi música para relaxar		0,643	0,142	
31 Ouvi uma <i>cassette</i> /CD de relaxamento		0,576	0,338	
36 Meditei para relaxar		0,559	0,370	
50 Usei a auto-hipnose para relaxar		0,608	0,205	
59 Respirei fundo e lentamente para relaxar		0,529	0,449	
Persistência	0,765			0,612 (0,327-0,776)
2 Continuei a fazer o que estava a fazer		0,721	0,548	
4 Ignorei a dor		0,715	0,565	
28 Não deixei que a dor interferisse nas actividades		0,769	0,354	
34 Limitei-me a não dar atenção à dor		0,683	0,686	
51 Continuei com minha a vida		0,771	0,350	
63 Não deixei que a dor afectasse o que fazia		0,716	0,568	
Continua				

Quadro 3.4b. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crônica – α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intra-classes (continuação)

	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Exercício físico e alongamentos	0,883			0,809 (0,672-0,889)
3 Estiquei os músculos das pernas		0,875	0,564	
13 Sentei-me no chão, estiquei-me		0,882	0,419	
17 Fiz exercícios para fortalecer os braços		0,874	0,586	
26 Estiquei os músculos do pescoço		0,874	0,592	
29 Fiz exercício para fortalecer as pernas		0,864	0,745	
32 Fiz exercício aeróbico		0,889	0,228	
38 Deitei-me de costas e estiquei-me		0,872	0,619	
43 Fiz exercícios para melhorar a condição física		0,868	0,675	
52 Fiz exercício para fortalecer os abdominais		0,879	0,493	
55 Estiquei os músculos onde me dói		0,870	0,639	
60 Fiz exercícios para fortalecer as costas		0,873	0,605	
61 Estiquei os músculos dos ombros ou braços		0,863	0,749	
Procura de apoio social/familiar	0,843			0,880 (0,793-0,930)
6 Combinei encontrar-me com um amigo ou um familiar		0,861	0,128	
8 Tive o apoio de um amigo		0,824	0,585	
16 Tive o apoio de um familiar		0,838	0,452	
20 Falei com alguém que me é próximo		0,818	0,645	
22 Telefonei a um amigo para me ajudar a sentir melhor		0,839	0,426	
44 Falei com um amigo ou um familiar para obter apoio		0,793	0,824	
53 Encontrei-me com um amigo		0,831	0,514	
57 Encontrei-me com um familiar		0,828	0,554	
Autoconvencimento	0,824			0,774 (0,613-0,868)
10 Lembrei-me que as coisas podiam ser piores		0,817	0,404	
14 Disse a mim próprio que as coisas irão melhorar		0,796	0,623	
19 Pensei em alguém com problemas piores do que os meus		0,798	0,631	
21 Disse que estou a adaptar-me às dores melhor do que outros		0,814	0,447	
23 Pensei em todas as coisas boas que tenho		0,794	0,666	
27 Disse a mim próprio que a minha dor vai melhorar.		0,810	0,481	
30 Pensei num amigo que lidou bem com um problema		0,814	0,444	
37 Lembrei-me que antes tinha conseguido lidar com a dor		0,819	0,386	
45 Lembrei-me que há pessoas piores do que eu		0,808	0,518	
49 Lembrei-me das coisas boas que tenho		0,826	0,304	
54 Lembrei-me de pessoas que lidaram bem com as dores		0,804	0,549	
*Coeficiente de correlação intraclass e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).				

Quadro 3.5a. Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor – análise descritiva para cada item (n = 121)

Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
1 Ninguém tem sido capaz de me dizer exactamente porque é que tenho dor	-0,3	1,4	-0,6-0	-1	-2-2	20	11	9
2 Pensava que a minha dor tinha cura mas agora já não tenho tanta certeza	0,4	1,4	0,1-0,7	1	-2-2	10	23	5
3 Há alturas em que não sinto dor	-0,2	1,3	-0,5-0,1	-1	-2-2	16	10	9
4 A minha dor confunde-me	0,4	1,3	0,1-0,7	1	-2-2	11	18	7
5 A minha dor está para ficar	0,8	1,2	0,6-1,1	1	-2-2	7	29	7
6 Estou permanentemente com dor	0,4	1,2	0,1-0,6	1	-2-2	5	17	6
7 Se estou com dores, a culpa é minha	-1,2	0,9	-1,5--1,0	-1	-2-2	48	1	7
8 Não sei o suficiente sobre a minha dor	0,5	1,3	0,2-0,7	1	-2-2	10	17	8
9 A minha dor é um problema temporário na minha vida	-0,6	1,4	-0,9-0,3	-1	-2-2	29	8	6
10 Parece que acordo com dor e que adormeço com dor	0,6	1,3	0,3-0,9	1	-2-2	7	27	5
11 Eu sou a causa da minha dor	-1,2	1,1	-1,4--0,9	-1	-2-2	46	3	9
12 Existe cura para a minha dor	0,2	1,2	-0,1-0,5		-2-2	11	7	7
13 Culpo-me a mim próprio se estiver com dor	-1,1	1,2	-1,3--0,8	-1	-2-2	43	2	7
14 Não consigo perceber por que é que estou com dor	0,3	1,3	0-0,5	1	-2-2	9	14	9
15 Um dia, estarei novamente 100% sem dor	-0,6	1,4	-0,9--0,2	-1	-2-2	29	13	7
16 A minha dor varia em intensidade mas está sempre comigo.	1,1	0,9	0,9-1,3	1	-2-2	2	33	3
Subescalas								
Mistério	0,2	0,9	0-0,4	0,3	-1,8-1,8	2	1	7
Permanência	0,4	0,9	0,2-0,6	0,6	-1,8-2	1	4	7
Constância	0,6	0,9	0,4-0,8	0,6	-1,8-2	1	7	5
Autoculpabilidade	-1,1	0,9	-1,4--0,9	-1,3	-2-1,7	29	1	10

DP: desvio-padrão.
 *Intervalo de confiança a 95%.
 †Porcentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de *floor*).
 ‡Porcentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de *ceiling*).

3.7. Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (*Douleur Neuropathique en 4 Questions*)

ANÁLISE DESCRITIVA E DADOS OMISSOS

No quadro 3.7a, são apresentadas as proporções de respostas positivas e a percentagem de

dados omissos para cada um dos itens do questionário DN4. É possível verificar uma grande percentagem de respostas positivas, em particular no questionário de doente, e alterações ao exame físico que apontam para cerca de um terço de doentes com sinais sugestivos de dor

Quadro 3.5b. Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor – α de Cronbach global, α de Cronbach se o item for eliminado, correlação item-total corrigida e reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassas

	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Mistério	0,620			0,801 (0,659-0,884)
1 Ninguém tem sido capaz de me dizer exactamente por que é que tenho dor		0,557	0,389	
4 A minha dor confunde-me		0,671	0,228	
8 Não sei o suficiente sobre a minha dor		0,434	0,549	
14 Não consigo perceber por que é que estou com dor		0,508	0,457	
Permanência	0,744			0,841 (0,728-0,907)
2 Pensava que a minha dor tinha cura mas agora já não tenho tanta certeza		0,758	0,348	
5 A minha dor está para ficar		0,670	0,597	
9 A minha dor é um problema temporário na minha vida		0,690	0,531	
12 Existe cura para a minha dor		0,679	0,566	
15 Um dia, estarei novamente 100% sem dor		0,695	0,521	
Constância	0,778			0,791 (0,645-0,877)
3 Há alturas em que não sinto dor		0,687	0,749	
6 Estou permanentemente com dor		0,630	0,581	
10 Parece que acordo com dor e que adormeço com dor		0,726	0,372	
16 A minha dor varia em intensidade mas está sempre comigo		0,814	0,581	
Autoculpabilidade	0,764			0,881 (0,788-0,933)
7 Se estou com dores, a culpa é minha		0,719	0,564	
11 Eu sou a causa da minha dor		0,603	0,664	
13 Culpo-me a mim próprio se estiver com dor		0,719	0,568	

*Coeficiente de correlação intraclassa e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

neuropática. Verifica-se ainda que o diagnóstico clínico de dor neuropática por parte do especialista da unidade de dor, que servirá neste contexto de padrão de referência (*gold standard*), é positivo em 63% dos doentes, havendo 71% de doentes em que a patologia seria compatível com a existência de dor neuropática.

Na figura 3.7a, apresenta-se a frequência relativa (%) para cada nível do índice DN4, que resulta, para cada indivíduo, do somatório de respostas positivas aos 10 itens deste instrumento. Verifica-se que o índice DN4 tem uma

distribuição simétrica em torno do valor central 5, havendo 53% de indivíduos com valores maiores ou iguais a 5 e um valor médio de 4,7 (desvio padrão: 2,3).

REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE

No quadro 3.7b, são apresentadas as estatísticas κ de Cohen para a concordância entre as respostas iniciais aos itens de resposta do doente e as respostas sete dias depois, para avaliação da reprodutibilidade teste-reteste do

Quadro 3.6a. Escala de Desânimo Associada à Dor – análise descritiva para cada item (n = 122)								
Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% mínimo†	% máximo‡	% valores omissos
1 Estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim.	3,0	1,2	2,7-3,3	3	0-4	5	48	28
2 Sinto que não consigo continuar	2,2	21,5	1,8-2,6	3	0-4	23	26	29
3 É terrível e penso que nunca mais vai melhorar	2,6	1,5	2,2-3,0	3	0-4	17	42	27
4 É horrível e sinto que me ultrapassa completamente	2,8	1,3	2,5-3,1	3	0-4	10	38	28
5 Sinto que já não aguento mais	2,6	1,3	2,3-2,9	3	0-4	13	33	28
6 Fico com medo que a dor piore	2,9	1,1	2,7-3,2	3	0-4	2	38	28
7 Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas	2,1	1,4	1,7-2,4	2	0-4	19	22	28
8 Quero ansiosamente que a dor desapareça	3,5	0,8	3,3-3,8	4	0-4	2	71	28
9 Não consigo deixar de pensar nisso	2,6	1,4	2,3-3,0	3	0-4	13	41	28
10 Estou sempre a pensar no quanto dói	2,5	1,4	2,1-2,9	3	0-4	13	32	29
11 Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe	3,4	1,0	3,1-3,6	4	0-4	5	60	28
12 Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor	2,7	1,3	2,4-3,0	3	0-4	6	37	28
13 Pergunto-me se poderá acontecer algo grave	2,8	1,4	2,4-3,1	3	0-4	10	41	28
Subescalas								
Ruminação	12,0	3,8	11,1-13,0	13	2-16	3	24	29
Magnificação	7,8	3,3	6,9-8,6	8	0-12	2	19	28
Desânimo	15,9	6,7	14,2-17,6	18	1-24	2	15	29
Total	36,7	12,7	32,42-38,94	38	9-52	2	15	31
DP: desvio-padrão. *Intervalo de confiança a 95%. †Percentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de <i>floor</i>). ‡Percentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de <i>ceiling</i>).								

instrumento. Verificou-se uma muito boa reprodutibilidade teste-reteste, com todas as estatísticas κ indicativas de concordância substancial, com excepção dos itens de formigueiro e dormência que apresentaram concordâncias moderadas. Estes resultados confirmam as adequadas propriedades psicométricas deste instrumento^{124,131-133} e da sua versão portuguesa.

VALIDADE

A avaliação da validade deste instrumento foi feita através da comparação entre o índice DN4 e o padrão de referência, neste caso, o diagnóstico clínico de dor neuropática feito pelo especialista da UDC. O objectivo da análise foi, desta forma, determinar a capacidade de discriminação do índice DN4 calculado para cada

	α	α se item eliminado	Correlação item-total	Reprodutibilidade* ICC (IC 95%)
Ruminação	0,796			0,823 (0,649-0,910)
8 Quero ansiosamente que a dor desapareça		0,787	0,531	
9 Não consigo deixar de pensar nisso		0,687	0,720	
10 Estou sempre a pensar no quanto dói		0,711	0,678	
11 Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe		0,766	0,570	
Magnificação	0,789			0,773 (0,550-0,885)
6 Fico com medo que a dor piore		0,745	0,641	
7 Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas		0,735	0,642	
13 Pergunto-me se poderá acontecer algo grave		0,692	0,674	
Desânimo	0,897			0,777 (0,554-0,889)
1 Estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim		0,906	0,529	
2 Sinto que não consigo continuar		0,864	0,816	
3 É terrível e penso que nunca mais vai melhorar		0,871	0,778	
4 É horrível e sinto que me ultrapassa completamente		0,869	0,793	
5 Sinto que já não aguento mais		0,865	0,817	
12 Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor		0,895	0,611	
*Coeficiente de correlação intraclass e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).				

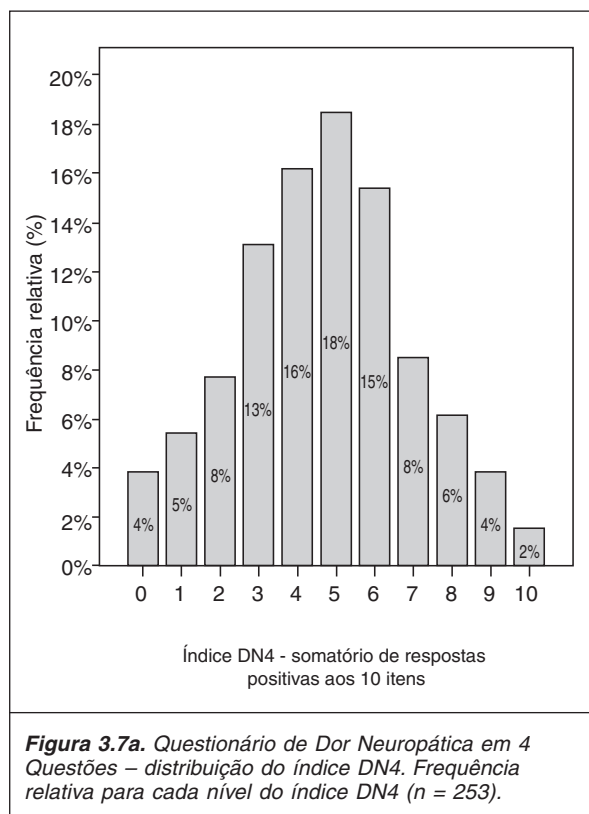
doente relativamente à presença ou ausência de dor neuropática, definida em função do padrão de referência. Com este objectivo foi construída uma curva ROC, que representa os valores de sensibilidade em função da proporção de falsos positivos (especificidade) para os vários níveis do índice DN4. A construção da curva ROC resultou numa estimativa da área sob a curva (AUC) ROC de 0,774 (IC 95%: 0,699-0,848; $p < 0,001$ para a hipótese nula AUC = 0,5). Verificou-se que o ponto de corte recomendado para este índice, isto é, o ponto que melhor maximiza sensibilidade e especificidade simultaneamente no diagnóstico de dor neuropática, corresponde a valores do índice DN4 ≥ 4 . Neste contexto, observou-se que, ao aplicar o ponto de corte com o índice DN4 ≥ 4 , a sensibilidade deste índice era de 80% e a especificidade 77%. Valores mais elevados para o ponto de corte poderão melhorar a especificidade, sendo esta de 100% para valores do índice ≥ 7 . Estes resultados confirmam a adequada capacidade de discriminação

e acuidade de diagnóstico/rastreio deste instrumento já descritas por outros autores^{124,131-133}.

Conclusão

A tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de medição, classificação e avaliação de constructos e fenómenos associados à dor são trabalhos da maior importância, que permitem colocar à disposição dos clínicos e investigadores de cada país ferramentas úteis ao rastreio, diagnóstico, seguimento, avaliação e tratamento dos doentes com dor. O objectivo deste estudo foi a tradução, adaptação cultural para a língua portuguesa e avaliação da reprodutibilidade e validade, seguindo os padrões e protocolos metodológicos internacionalmente recomendados, dos seguintes questionários: *Brief Pain Inventory*; *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*; *Pain Disability Index*; *Chronic Pain Coping Inventory*; *Pain Beliefs and Perceptions Inventory*; *Pain Catastrophizing Scale*; *Douleur*

Quadro 3.7a. Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões – análise descritiva de cada item (n = 253)		
DN4 – itens	% sim	% valores omissos
Questionário doente		
1 A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?		
1 Queimadura	48	27
2 Sensação de frio doloroso	47	34
3 Choques eléctricos	64	26
2 Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?		
4 Formigueiro	79	19
5 Picadas	77	25
6 Dormência	79	25
7 Comichão	39	35
Exame do doente		
3 A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia		
8 Hipoestesia ao tacto	31	6
9 Hipoestesia à picada	27	9
4 A dor é provocada ou aumentada por:		
10 Fricção leve (<i>brushing</i>)	36	6
Diagnóstico clínico	% positivos	% valores omissos
Patologia compatível com a presença de dor neuropática	71	6
Diagnóstico clínico de dor neuropática	63	6



Quadro 3.7b. Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões – reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pela estatística κ de Cohen	
Item	Reprodutibilidade* κ (IC 95%)
Questionário doente, n (%)	
1 A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?	
1 Queimadura	0,701 (0,569-0,832)
2 Sensação de frio doloroso	0,602 (0,451-0,753)
3 Choques eléctricos	0,666 (0,524-0,807)
2 Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?	
4 Formigueiro	0,481 (0,289-0,673)
5 Picadas	0,635 (0,460-0,809)
6 Dormência	0,524 (0,326-0,721)
7 Comichão	0,674 (0,532-0,815)
*Estatística Kappa e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%).	

Neuropathique en 4 Questions. Após a aplicação do protocolo estabelecido, conclui-se que todos os instrumentos traduzidos demonstraram ter propriedades psicométricas de reprodutibilidade e validade apropriadas, permitindo disponibilizar, para cada um deles, a sua versão portuguesa adequadamente validada.

Espera-se que os instrumentos traduzidos e validados neste estudo sejam úteis para os clínicos e investigadores interessados nesta área e que possam, em última análise, contribuir para um mais adequado tratamento e seguimento, num contexto multidimensional, dos doentes com dor.

Em anexo, são disponibilizadas as versões portuguesas validadas dos instrumentos. As instruções de aplicação e *scoring* destes instrumentos serão fornecidas a todos os interessados, bastando para isso o envio de um pedido por e-mail para os autores deste estudo.

Agradecimentos

Este estudo foi parcialmente financiado através de protocolos estabelecidos entre a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e as empresas Grünenthal, Produtos Farmacêuticos Unipessoal, Lda., Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda. e Laboratórios Pfizer, Lda., e por uma bolsa concedida à Associação para o Desenvolvimento da Terapia da Dor (ASTOR) pelo Fundo Fundação Oriente/Johnson & Johnson para a Saúde.

Agradece-se a todos os membros das unidades de dor participantes neste estudo que colaboraram na recolha de dados – Hospital São José de Fafe, Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, Hospital Pedro Hispano, Hospital Geral de Santo António, Hospital de S. João, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Hospital Distrital de Oliveira de Azeméis, Hospital São Teotónio, Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital Fernando da Fonseca, Hospital Garcia de Orta e Hospital Central do Funchal.

Bibliografia

1. The International Association for the Study of Pain 2006 [Internet]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/index.html>.
2. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576-82.
3. Verhaak PF, Kerrens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*. 1998;77(3):231-9.
4. Ahmedzai S. Recent clinical trials of pain control: impact on quality of life. *Eur J Cancer*. 1995;31A Suppl 6:S2-7.
5. Andersson HI. The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. *Eur J Pain*. 2004;8(1):47-53.
6. Bergh I, Steen G, Waern M, et al. Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: a Swedish population study of 70-year-old men and women. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(4):903-12.
7. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain—a gender perspective. *Eur J Pain*. 2004;8(5):435-50.
8. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. 2004;111(1-2):51-8.
9. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain*. 2003;103(1-2):41-7.
10. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain*. 2005;113(3):285-92.
11. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*. 1995;20(24):2702-9.
12. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *Jama*. 1998;280(2):147-51.
13. Hemmila HM. Quality of life and cost of care of back pain patients in Finnish general practice. *Spine*. 2002;27(6):647-53.
14. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000;84(1):95-103.
15. Noble B, Clark D, Meldrum M, et al. The measurement of pain, 1945-2000. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(1):14-21.
16. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002;27(5):E109-20.
17. Seymour J, Clark D, Winslow M. Pain and palliative care: the emergence of new specialties. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(1):2-13.
18. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*. 2001;18(3):292-9.
19. Smith BH, Hopton JL, Chambers WA. Chronic pain in primary care. *Fam Pract*. 1999;16(5):475-82.
20. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*. 2004;110(1-2):361-8.
21. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*. 1995;62(2):233-40.
22. The European Federation of IASP Chapters 2001 [Internet]. Disponível em: <http://www.efic.org/index.html>.
23. Coons MJ, Hadjistavropoulos HD, Asmundson GJ. Factor structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale-20 in a community physiotherapy clinic sample. *Eur J Pain*. 2004;8(6):511-6.
24. Bope ET, Douglass AB, Gibovsky A, et al. Pain management by the family physician: the family practice pain education project. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17 Suppl:S1-12.
25. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.
26. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales – A Practical Guide to Their Development and Use*. 2.ª ed. Nova lorque: Oxford University Press; 1995.
27. Cha ES, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs*. 2007;58(4):386-95.
28. Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM. Issues in cross-cultural quality-of-life research. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(1):15-20.
29. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Eval Health Prof*. 2005;28(2):212-32.
30. Pena ED. Lost in translation: methodological considerations in cross-cultural research. *Child Dev*. 2007;78(4):1255-64.
31. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004;126(1 Suppl 1):S124-8.
32. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes*. 2.ª ed. Chichester, Hoboken, NJ: J. Wiley; 2007.
33. McDowell I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 3.ª ed. Oxford, Nova lorque: Oxford University Press; 2006.
34. Nunnally J, Bernstein I. *Psychometric Theory*. 3.ª ed. Nova lorque: McGraw-Hill, Inc.; 1994.
35. Cleeland CS. Measurement of pain by subjective report. Em: Chapman CR, Loeser JD, eds. *Advances in Pain Research and Therapy*. Vol. 12. *Issues in Pain Measurement*. Nova lorque: Raven Press; 1989. p. 391-403.
36. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330(9):592-6.
37. Keller S, Bann CM, Dodd SL, Schein J, Mendoza TR, Cleeland CS. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain*. 2004;20(5):309-18.
38. Tan G, Jensen MP, Thornby JI, Shanti BF. Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. *J Pain*. 2004;5(2):133-7.
39. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23(3):239-55.
40. Twycross R, Harcourt J, Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 1996;12(5):273-82.

41. Aisyaturridha A, Naing L, Nizar AJ. Validation of the Malay Brief Pain Inventory questionnaire to measure cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31(1):13-21.
42. Caraceni A, Mendoza TR, Mencaglia E, et al. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory (Breve Questionario per la Valutazione del Dolore). *Pain.* 1996;65(1):87-92.
43. Ger LP, Ho ST, Sun WZ, Wang MS, Cleeland CS. Validation of the Brief Pain Inventory in a Taiwanese population. *J Pain Symptom Manage.* 1999;18(5):316-22.
44. Kalyadina SA, Ionova TI, Ivanova MO, et al. Russian Brief Pain Inventory: validation and application in cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 2008;35(1):95-102.
45. Klepstad P, Loge JH, Borchgrevink PC, Mendoza TR, Cleeland CS, Kaasa S. The Norwegian brief pain inventory questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(5):517-25.
46. Mystakidou K, Mendoza T, Tsilika E, et al. Greek brief pain inventory: validation and utility in cancer pain. *Oncology.* 2001;60(1):35-42.
47. Radbruch L, Loick G, Kiencke P, et al. Validation of the German version of the Brief Pain Inventory. *J Pain Symptom Manage.* 1999;18(3):180-7.
48. Saxena A, Mendoza T, Cleeland CS. The assessment of cancer pain in north India: the validation of the Hindi Brief Pain Inventory – BPI-H. *J Pain Symptom Manage.* 1999;17(1):27-41.
49. Uki J, Mendoza T, Cleeland CS, Nakamura Y, Takeda F. A brief cancer pain assessment tool in Japanese: the utility of the Japanese Brief Pain Inventory – BPI-J. *J Pain Symptom Manage.* 1998;16(6):364-73.
50. Wang XS, Mendoza TR, Gao SZ, Cleeland CS. The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): its development and use in a study of cancer pain. *Pain.* 1996;67(2-3):407-16.
51. Yun YH, Mendoza TR, Heo DS, et al. Development of a cancer pain assessment tool in Korea: a validation study of a Korean version of the brief pain inventory. *Oncology.* 2004;66(6):439-44.
52. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain.* 1985;23(4):345-56.
53. Bernstein IH, Jaremko ME, Hinkley BS. On the utility of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Spine.* 1995;20(8):956-63.
54. Riley JL, 3rd, Zawacki TM, Robinson ME, Geisser ME. Empirical test of the factor structure of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Clin J Pain.* 1999;15(1):24-30.
55. Bergstrom G, Jensen IB, Bodin L, Linton SJ, Nygren AL, Carlsson SG. Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory--Swedish Language Version (MPI-S). *Pain.* 1998;75(1):101-10.
56. Ferrari R, Novara C, Sanavio E, Zerbini F. Internal structure and validity of the multidimensional pain inventory, Italian language version. *Pain Med.* 2000;1(2):123-30.
57. Flor H, Rudy TE, Birbaumer N, Streit B, Schugens MM. Zur Anwendbarkeit des West-Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory im Deutschen Sprachraum. *Der Schmerz.* 1990;4:82-7.
58. Lousberg R, Van Breukelen GJ, Groenman NH, Schmidt AJ, Arntz A, Winter FA. Psychometric properties of the Multidimensional Pain Inventory, Dutch language version (MPI-DLV). *Behav Res Ther.* 1999;37(2):167-82.
59. Bradley LA, Haile JM, Jaworski TM. Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. Em: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of pain assessment.* Nova lorque: Guilford; 1992. p. 193-213.
60. Tyrer S. Psychiatric assessment of chronic pain. *Br J Psychiatry.* 1992;160:733-41.
61. Deisinger JA, Cassisi JE, Lofland KR, Cole P, Bruehl S. An examination of the psychometric structure of the Multidimensional Pain Inventory. *J Clin Psychol.* 2001;57(6):765-83.
62. Etscheidt MA, Steger HG, Braverman B. Multidimensional Pain Inventory profile classifications and psychopathology. *J Clin Psychol.* 1995;51(1):29-36.
63. Widerstrom-Noga EG, Cruz-Almeida Y, Martinez-Arizala A, Turk DC. Internal consistency, stability, and validity of the spinal cord injury version of the multidimensional pain inventory. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006;87(4):516-23.
64. Bishop SR, Warr D. Coping, catastrophizing and chronic pain in breast cancer. *J Behav Med.* 2003;26(3):265-81.
65. Durham RM, Mistry BM, Mazuski JE, Shapiro M, Jacobs D. Outcome and utility of scoring systems in the management of the mangled extremity. *Am J Surg.* 1996;172(5):569-73; discussion 73-4.
66. Harke H, Gretenkort P, Ladleif HU, Koester P, Rahman S. Spinal cord stimulation in postherpetic neuralgia and in acute herpes zoster pain. *Anesth Analg.* 2002;94(3):694-700; table of contents.
67. Moulin DE, Iezzi A, Amireh R, Sharpe WK, Boyd D, Merskey H. Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet.* 1996;347(8995):143-7.
68. Rittweger J, Just K, Kautzsch K, Reeg P, Felsenberg D. Treatment of chronic lower back pain with lumbar extension and whole-body vibration exercise: a randomized controlled trial. *Spine.* 2002;27(17):1829-34.
69. Simpson RK, Jr., Edmondson EA, Constant CF, Collier C. Transdermal fentanyl as treatment for chronic low back pain. *J Pain Symptom Manage.* 1997;14(4):218-24.
70. Chibnall JT, Tait RC. The Pain Disability Index: factor structure and normative data. *Arch Phys Med Rehabil.* 1994;75(10):1082-6.
71. Jerome A, Gross RT. Pain disability index: construct and discriminant validity. *Arch Phys Med Rehabil.* 1991;72(11):920-2.
72. Pollard CA. Preliminary validity study of the pain disability index. *Percept Mot Skills.* 1984;59(3):974.
73. Tait RC, Chibnall JT, Krause S. The Pain Disability Index: psychometric properties. *Pain.* 1990;40(2):171-82.
74. Tait RC, Pollard CA, Margolis RB, Duckro PN, Krause SJ. The Pain Disability Index: psychometric and validity data. *Arch Phys Med Rehabil.* 1987;68(7):438-41.
75. Gronblad M, Hupli M, Wennerstrand P, et al. Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) and their correlation with pain intensity in low back pain patients. *Clin J Pain.* 1993;9(3):189-95.
76. Gronblad M, Jarvinen E, Hurri H, Hupli M, Karaharju EO. Relationship of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) with three dynamic physical tests in a group of patients with chronic low-back and leg pain. *Clin J Pain.* 1994;10(3):197-203.
77. Strong J, Ashton R, Large RG. Function and the patient with chronic low back pain. *Clin J Pain.* 1994;10(3):191-6.
78. Tait RC, Chibnall JT. Factor structure of the pain disability index in workers compensation claimants with low back injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(6):1141-6.
79. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* Nova lorque: Springer; 1984.
80. Hadjistavropoulos HD, MacLeod FK, Asmundson GJ. Validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *Pain.* 1999;80(3):471-81.
81. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Strom SE. The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain.* 1995;60(2):203-16.
82. Tan G, Nguyen Q, Anderson KO, Jensen M, Thornby J. Further validation of the chronic pain coping inventory. *J Pain.* 2005;6(1):29-40.
83. Garcia-Campayo J, Pascual A, Alda M, Gonzalez Ramirez MT. Coping with fibromyalgia: usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain.* 2007;132 Suppl 1:S68-76.
84. Romano JM, Jensen MP, Turner JA. The Chronic Pain Coping Inventory-42: reliability and validity. *Pain.* 2003;104(1-2):65-73.
85. Tan G, Jensen MP, Robinson-Whelen S, Thornby JI, Monga TN. Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain.* 2001;90(1-2):127-33.
86. Truchon M, Cote D. Predictive validity of the Chronic Pain Coping Inventory in subacute low back pain. *Pain.* 2005;116(3):205-12.
87. Ektor-Andersen J, Orbaek P, Isacsson SO. Behaviour-focused pain coping: consistency and convergence to work capability of the Swedish version of the chronic pain coping inventory. *J Rehabil Med.* 2002;34(1):33-9.
88. Ersek M, Turner JA, Kemp CA. Use of the chronic pain coping inventory to assess older adults' pain coping strategies. *J Pain.* 2006;7(11):833-42.
89. Truchon M, Cote D, Irachabal S. The Chronic Pain Coping Inventory: confirmatory factor analysis of the French version. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:13.
90. Dysvik E, Lindstrom TC, Eikeland OJ, Natvig GK. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs.* 2004;5(2):66-74.
91. Lipchik GL, Milles K, Covington EC. The effects of multidisciplinary pain management treatment on locus of control and pain beliefs in chronic non-terminal pain. *Clin J Pain.* 1993;9(1):49-57.
92. Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain.* 2000;84(2-3):347-52.
93. Williams DA, Keefe FJ. Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain.* 1991;46(2):185-90.
94. Williams DA, Robinson ME, Geisser ME. Pain beliefs: assessment and utility. *Pain.* 1994;59(1):71-8.
95. Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain.* 2000;85(1-2):115-25.
96. DeGood DE, Shutty MS. Assessment of pain beliefs, coping and self efficacy. Em: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of Pain Assessment.* Londres: Guilford Press; 1992. p. 214-34.
97. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain.* 1989;36(3):351-8.
98. Herda CA, Siegeris K, Basler HD. The Pain Beliefs and Perceptions Inventory: further evidence for a 4-factor structure. *Pain.* 1994;57(1):85-90.

99. Strong J, Ashton R, Chant D. The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain*. 1992;48(2):227-36.
100. Morley S, Wilkinson L. The Pain Beliefs and Perceptions Inventory: a British replication. *Pain*. 1995;61(3):427-33.
101. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001;17(1):52-64.
102. Buenaver LF, Edwards RR, Haythornthwaite JA. Pain-related catastrophizing and perceived social responses: Inter-relationships in the context of chronic pain. *Pain*. 2007;127(3):234-42.
103. Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ, Weiner ML. Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*. 1994;59(1):79-83.
104. Granot M, Ferber SG. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *Clin J Pain*. 2005;21(5):439-45.
105. Pavlin DJ, Sullivan MJ, Freund PR, Roesen K. Catastrophizing: a risk factor for postsurgical pain. *Clin J Pain*. 2005;21(1):83-90.
106. Severeijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Weber WE. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clin J Pain*. 2001;17(2):165-72.
107. Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7:524-32.
108. Wovles KE, McCracken LM, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *Eur J Pain*. 2007.
109. Stewart MW, Harvey ST, Evans IM. Coping and catastrophizing in chronic pain: a psychometric analysis and comparison of two measures. *J Clin Psychol*. 2001;57(1):131-8.
110. Chibnall JT, Tait RC. Confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale in African American and Caucasian Workers' Compensation claimants with low back injuries. *Pain*. 2005;113(3):369-75.
111. Crombez G, Bijttebier P, Eccleston C, et al. The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*. 2003;104(3):639-46.
112. D'Eon JL, Harris CA, Ellis JA. Testing factorial validity and gender invariance of the pain catastrophizing scale. *J Behav Med*. 2004;27(4):361-72.
113. Miro J, Nieto R, Huguet A. The Catalan Version of the Pain Catastrophizing Scale: A Useful Instrument to Assess Catastrophic Thinking in Whiplash Patients. *J Pain*. 2008;9(5):397-406.
114. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Kopper BA, Merrifield T, Grittmann L. The Pain Catastrophizing Scale: further psychometric evaluation with adult samples. *J Behav Med*. 2000;23(4):351-65.
115. Osman A, Barrios FX, Kopper BA, Hauptmann W, Jones J, O'Neill E. Factor structure, reliability, and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *J Behav Med*. 1997;20(6):589-605.
116. Tremblay I, Beaulieu Y, Bernier A, et al. Pain catastrophizing scale for francophone adolescents: A preliminary validation. *Pain Res Manag*. 2008;13(1):19-24.
117. Van Damme S, Crombez G, Bijttebier P, Goubert L, Van Houdenhove B. A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain*. 2002;96(3):319-24.
118. Van Damme S, Crombez G, Vlaeyen JWS, Goubert L, Broeck A, Houdenhove BV. De Pain Catastrophizing Scale: psychometrische karakteristieken en normering. *Gedragstherapie*. 2000;33:209-20.
119. Yap JC, Lau J, Chen PP, et al. Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in Patients with Chronic Pain. *Pain Med*. 2008;9(2):186-95.
120. Sullivan MJ, Neish NR. Catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(5):344-9.
121. Sullivan MJ, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*. 1998;77(3):253-60.
122. Backonja MM. Defining neuropathic pain. *Anesth Analg*. 2003;97(3):785-90.
123. Bennett GJ. Neuropathic pain: a crisis of definition? *Anesth Analg*. 2003;97(3):619-20.
124. Bennett MI, Attal N, Backonja MM, et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain*. 2007;127(3):199-203.
125. IASP Task Force on Taxonomy. *Pain Terms: A Current List with Definitions and Notes on Usage*. Em: Merksey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2.ª ed. Seattle, Washington: IASP Press; 1994. p. 206-13.
126. Jensen TS, Gottrup H, Sindrup SH, Bach FW. The clinical picture of neuropathic pain. *Eur J Pharmacol*. 2001;429(1-3):1-11.
127. Galvez R, Rejas J, Perez M, Gomez M. Prevalence of neuropathic pain in Spain: clinical, working and health care implications. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(6):221-9.
128. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain*. 2006;7(4):281-9.
129. Cruccu G, Anand P, Attal N, et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol*. 2004;11(3):153-62.
130. Hansson P. Difficulties in stratifying neuropathic pain by mechanisms. *Eur J Pain*. 2003;7(4):353-7.
131. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36.
132. Perez C, Galvez R, Huelbes S, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:66.
133. Chaudakshetrin P, Prateepavanich P, Chira-Adisai W, Tassanawipas W, Leechavengvongs S, Kitisomprayoonkul W. Cross-cultural adaptation to the Thai language of the neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *J Med Assoc Thai*. 2007;90(9):1860-5.
134. Ferreira PL. Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation. *Acta Med Port*. 2000;13(1-2):55-66.
135. Ferreira PL. Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II – Validation tests. *Acta Med Port*. 2000;13(3):119-27.
136. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
137. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Nova Iorque: The Guilford Press; 2006.
138. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 2.ª ed. Nova Iorque: Guilford Press; 2005.
139. Thompson B. *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis: Understanding Concepts and Applications*. American Psychological Association (APA); 2004.
140. Cohen J. Differences between correlation coefficients. Em: Cohen J, ed. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2.ª ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988. p. 109-43.

Anexo

Versões portuguesas validadas dos instrumentos

Nas páginas seguintes são incluídas as versões portuguesas dos instrumentos validadas no contexto deste projecto:

- Versão portuguesa do questionário *Brief Pain Inventory* (BPI), período de referência última semana.
- Versão portuguesa do questionário *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (WHY-MPI).
- Versão portuguesa do questionário *Pain Disability Index* (PDI).
- Versão portuguesa do questionário *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI), versão do doente.
- Versão portuguesa do questionário *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI), versão da pessoa significativa.
- Versão portuguesa do questionário *Pain Beliefs and Perceptions Inventory* (PBPI).
- Versão portuguesa do questionário *Pain Catastrophizing Scale* (PCS).
- Versão portuguesa do questionário *Douleur Neuropathique en 4 Questions* (DN4).

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
 Nenhum Alívio
 alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A **Actividade geral**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

B **Disposição**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

C **Capacidade para andar a pé**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

D **Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

E **Relações com outras pessoas**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

F **Sono**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

G **Prazer de viver**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale

ANTES DE COMEÇAR, POR FAVOR, RESPONDA ÀS 2 PERGUNTAS QUE SE SEGUEM:

1. Algumas das perguntas deste questionário referem-se à sua “pessoa significativa”. Uma “pessoa significativa” é uma pessoa de quem se sente muito próximo. Refere-se a qualquer pessoa com quem se relaciona regularmente ou não. É muito importante que identifique alguém como o sua “pessoa significativa”. Por favor indique em baixo quem considera ser a sua “pessoa significativa” (assinale um):

- Cônjuge Parceiro/Companheiro Colega de Casa
 Amigo Vizinho Pai ou Mãe/Filho/Outro familiar
 Outro (por favor, especifique): _____

2. Vive actualmente com a “pessoa significativa”?

SIM NÃO

Ao responder às questões das páginas seguintes sobre a sua “pessoa significativa”, responda sempre referindo-se especificamente à pessoa que indicou acima.

A.

Nas 20 questões que se seguem, ser-lhe-á pedido para descrever a sua dor e a forma como ela afecta a sua vida. Por baixo de cada questão existe uma escala para registar a sua resposta. Leia cuidadosamente cada questão e em seguida assinale com um círculo um número na escala, por baixo dessa questão, para indicar de que forma é que essa questão em particular se aplica a si.

1. Classifique a intensidade da sua dor neste momento.

0 1 2 3 4 5 6
 Sem dor Dor muito intensa

2. De um modo geral, até que ponto é que a sua dor interfere com as suas actividades do dia-a-dia?

0 1 2 3 4 5 6
 Não interfere Interfere extremamente

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

3. Desde o momento em que começou a ter dor, até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade para trabalhar?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

Assinale aqui caso se tenha reformado por razões não relacionadas com a dor

4. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer que obtém ao participar em actividades sociais e recreativas?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

5. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” o apoia ou ajuda em relação à sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
 Não apoia Apoia extremamente

6. Classifique a sua disposição geral durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6
 Muito má disposição Muito boa disposição

7. Em média, quão forte foi a sua dor durante a última semana?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada forte Extremamente forte

8. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade de participar em actividades sociais e recreativas?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

9. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação que obtém de actividades relacionadas com a família?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

10. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” está preocupada consigo em relação à sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada preocupado Extremamente preocupado

11. Durante a última semana, até que ponto é que sentiu que controlava a sua vida?

0 1 2 3 4 5 6
 Nenhum controlo Extremamente em controlo

12. Até que ponto é que a sua dor lhe causa sofrimento?

0 1 2 3 4 5 6
 Nenhum sofrimento Sofrimento extremo

13. Até que ponto é que a sua dor afectou o seu casamento e outras relações familiares?

0 1 2 3 4 5 6
 Não afectou Afectou extremamente

14. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer proporcionado pelo seu trabalho?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

Assinale aqui, se não estiver actualmente a trabalhar.

15. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” está atenta à sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada atenta Extremamente atenta

16. Durante a última semana, até que ponto é que sente que tem sido capaz de lidar com os seus problemas?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada bem Extremamente bem

17. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade para realizar tarefas domésticas?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

18. Durante a última semana, até que ponto esteve irritável?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada irritável Extremamente irritável

19. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua relação de amizade com pessoas que não sejam da família?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

20. Durante a última semana, até que ponto esteve tenso ou ansioso?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada tenso ou ansioso Extremamente tenso ou ansioso

B.

Nesta secção queremos saber de que forma a sua “pessoa significativa” (isto refere-se à pessoa que indicou no início deste questionário) reage quando sabe que está com dores. Na escala indicada por baixo de cada questão, **assinale um número com um círculo** para indicar com que frequência a sua “pessoa significativa” reage, geralmente, dessa forma específica quando você está com dores.

- | | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Ignora-me. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 2. Pergunta-me o que pode fazer para ajudar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 3. Lê para mim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 4. Mostra-me a sua irritação | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 5. Encarrega-se das minhas tarefas ou obrigações. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 6. Fala comigo sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 7. Mostra-me a sua frustração. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 8. Tenta fazer-me descansar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 9. Tenta fazer com que eu participe nalguma actividade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

10. Mostra-me a sua fúria.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
11. Vai buscar-me medicação para a dor	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
12. Incentiva-me a arranjar uma distração/passatempo.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
13. Traz-me qualquer coisa para comer ou beber.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
14. Liga a televisão para me distrair da dor	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

C.

De seguida são apresentadas 18 actividades diárias. Por favor indique com que frequência faz cada uma destas actividades assinando com um círculo um número na escala apresentada por baixo de cada actividade. Por favor preencha todas as 18 questões.

- | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Lavar a louça. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 2. Cortar a relva. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 3. Ir comer fora. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 4. Jogar às cartas ou outros jogos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 5. Ir às compras. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 6. Trabalhar no jardim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 7. Ir ao cinema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 8. Visitar amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 9. Ajudar na limpeza da casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 10. Tratar do carro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale

Página 7 de 7

11. Dar uma volta de carro.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
12. Visitar familiares.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
13. Preparar uma refeição.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
14. Lavar o carro.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
15. Viajar.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
16. Ir ao parque ou à praia.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
17. Lavar a roupa na máquina.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
18. Fazer algum arranjo necessário na casa	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADA COM A DOR

As escalas de classificação apresentadas em baixo medem o impacto da dor na sua vida diária. Queremos saber até que ponto a sua dor o/a impede de realizar as suas actividades normais. Para cada um dos 7 tipos de actividades diárias apresentadas, assinale com um círculo o número que melhor reflecte o nível de incapacidade com que habitualmente se defronta. Uma classificação de 0 significa nenhuma incapacidade, e uma pontuação de 10 significa que a dor o impede de realizar quase todas as suas actividades diárias. A sua classificação deve reflectir o impacto global que a dor tem na sua vida, e não apenas quando a dor atinge o seu ponto máximo. Assinale com um círculo um número em todas as actividades apresentadas. Se achar que um determinado tipo de actividade não se aplica a si, assinale o "0".

1. Responsabilidades familiares/domésticas. Refere-se a actividades relacionadas com a casa e família. Inclui tarefas e ocupações relacionadas com a casa (ex.: trabalho no quintal) e actividades e obrigações relacionados com outros membros da família (ex.: levar as crianças à escola).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira		Incapacidade moderada		Incapacidade grave		Incapacidade total		

2. Tempos de lazer. Incluem-se passatempos, desportos e outras actividades de lazer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira		Incapacidade moderada		Incapacidade grave		Incapacidade total		

3. Actividades Sociais. Incluem-se festas, teatro, concertos, ir comer fora e outras actividades sociais onde participem familiares e amigos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira		Incapacidade moderada		Incapacidade grave		Incapacidade total		

4. Ocupação. Refere-se a actividades directamente relacionadas com o seu trabalho. Inclui-se igualmente trabalho não remunerado, tal como trabalho doméstico ou trabalho voluntário.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira		Incapacidade moderada		Incapacidade grave		Incapacidade total		

5. Comportamento Sexual. Refere-se à frequência e à qualidade da sua vida sexual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira		Incapacidade moderada		Incapacidade grave		Incapacidade total		

6. Cuidados Pessoais. Incluem-se cuidados pessoais e actividades independentes da vida diária (ex: tomar um duche, conduzir, vestir-se etc.).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira		Incapacidade moderada		Incapacidade grave		Incapacidade total		

7. Actividades Vitais. Refere-se a necessidades vitais básicas, como comer, dormir ou respirar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira		Incapacidade moderada		Incapacidade grave		Incapacidade total		

Versão portuguesa do *Pain Disability Index*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Pollard C. A., PhD e Raymond C. Tait, PhD.

Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica

Versão do Doente

Durante a última semana, quantos dias é que usou cada uma das estratégias seguintes, pelo menos uma vez por dia, para lidar com a sua dor? (Nota: Pode ter usado alguma destas estratégias em dias em que não tinha dor, para a evitar ou minimizar no futuro. Por favor, indique o número de dias em que usou cada uma das estratégias PARA A DOR, quer estivesse com dores naquele momento ou não).

	Número de dias							
1. Pensei numa imagem calma ou que me distraísse para me ajudar a relaxar.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Continuei a fazer o que estava a fazer.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Estiquei os músculos das pernas e mantive-os esticados pelo menos 10 segundos.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Ignorei a dor.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Descansei um bocado.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Combinei encontrar-me com um amigo ou um familiar.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Fui para a cama mais cedo para descansar.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Tive o apoio de um amigo.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Pedi a alguém que me ajudasse.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Lembrei-me que as coisas podiam ser piores.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Evitei usar uma parte do meu corpo (ex: mão, braço, perna).	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Concentrei-me em relaxar os músculos.	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Sentei-me no chão, estiquei-me e mantive-me esticado pelo menos 10 segundos.	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Disse a mim próprio que as coisas irão melhorar.	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Apoiei-me em algo para me levantar ou sentar.	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Tive o apoio de um familiar.	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Fiz exercícios para fortalecer os músculos dos braços pelo menos 1 minuto.	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Descansei o máximo que pude	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Pensei em alguém com problemas piores do que os meus.	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Falei com alguém que me é próximo.	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Disse a mim próprio que me estou a adaptar às minhas dores melhor do que muitas outras pessoas.	0	1	2	3	4	5	6	7

Versão portuguesa do *Chronic Pain Coping Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Mark P. Jensen, PhD; Judith A. Turner, PhD; Joan M. Romano, PhD and Susan E. Strom, PhD.

Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crônica	Página 2 de 3
22. Telefonei a um amigo para me ajudar a sentir melhor.	0 1 2 3 4 5 6 7
23. Pensei em todas as coisas boas que tenho.	0 1 2 3 4 5 6 7
24. Ouvi música para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7
25. Pedi ajuda para um trabalho ou uma tarefa.	0 1 2 3 4 5 6 7
26. Estiquei os músculos do pescoço e mantive-os esticados pelo menos 10 segundos.	0 1 2 3 4 5 6 7
27. Disse a mim próprio que a minha dor vai melhorar.	0 1 2 3 4 5 6 7
28. Não deixei que a dor interferisse nas minhas actividades.	0 1 2 3 4 5 6 7
29. Fiz exercício para fortalecer os músculos das pernas pelo menos 1 minuto.	0 1 2 3 4 5 6 7
30. Pensei num amigo que lidou bem com um determinado problema.	0 1 2 3 4 5 6 7
31. Ouvi uma cassette/CD de relaxamento para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7
32. Fiz exercício aeróbio (exercício que fez o meu coração bater mais rápido) pelo menos 15 minutos.	0 1 2 3 4 5 6 7
33. Limitei as minhas caminhadas devido à dor.	0 1 2 3 4 5 6 7
34. Limitei-me a não dar atenção à dor.	0 1 2 3 4 5 6 7
35. Coxeei enquanto caminhava para diminuir a dor.	0 1 2 3 4 5 6 7
36. Meditei para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7
37. Lembrei-me que já tinha conseguido lidar com a dor anteriormente.	0 1 2 3 4 5 6 7
38. Deitei-me de costas, estiquei-me e mantive-me esticado pelo menos 10 segundos.	0 1 2 3 4 5 6 7
39. Mantive uma parte do meu corpo (ex: um braço) numa posição especial.	0 1 2 3 4 5 6 7
40. Descansei numa cadeira ou num sofá.	0 1 2 3 4 5 6 7
41. Evitei fazer peso sobre os pés ou as pernas.	0 1 2 3 4 5 6 7
42. Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa.	0 1 2 3 4 5 6 7
43. Fiz exercícios para melhorar a minha condição física geral pelo menos 5 minutos.	0 1 2 3 4 5 6 7
44. Falei com um amigo ou um familiar para obter apoio.	0 1 2 3 4 5 6 7
45. Lembrei-me que existem pessoas que estão pior do que eu.	0 1 2 3 4 5 6 7
46. Limitei o tempo que passo em pé.	0 1 2 3 4 5 6 7
47. Deitei-me numa cama.	0 1 2 3 4 5 6 7
48. Evitei algumas actividades físicas (levantar, empurrar, transportar).	0 1 2 3 4 5 6 7
49. Lembrei-me de todas as coisas boas que tenho, tais como inteligência, bom aspecto e bons amigos.	0 1 2 3 4 5 6 7
50. Usei a auto-hipnose para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7
51. Continuei com minha a vida.	0 1 2 3 4 5 6 7
52. Fiz exercício para fortalecer os músculos abdominais pelo menos 1 minuto.	0 1 2 3 4 5 6 7

Versão portuguesa do *Chronic Pain Coping Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Mark P. Jensen, PhD; Judith A. Turner, PhD; Joan M. Romano, PhD and Susan E. Strom, PhD.

Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica

Página 3 de 3

53. Encontrei-me com um amigo.	0	1	2	3	4	5	6	7
54. Lembrei-me que outras pessoas já lidaram bem com as dores.	0	1	2	3	4	5	6	7
55. Estiquei os músculos onde me doía e mantive-os esticados pelo menos 10 segundos.	0	1	2	3	4	5	6	7
56. Evitei a actividade.	0	1	2	3	4	5	6	7
57. Encontrei-me com um familiar.	0	1	2	3	4	5	6	7
58. Fui sozinho para um quarto para descansar.	0	1	2	3	4	5	6	7
59. Respirei fundo e lentamente para relaxar.	0	1	2	3	4	5	6	7
60. Fiz exercícios para fortalecer os músculos das costas pelo menos 1 minuto.	0	1	2	3	4	5	6	7
61. Estiquei os músculos dos ombros ou braços e mantive-os esticados pelo menos 10 segundos.	0	1	2	3	4	5	6	7
62. Pedi a alguém que me trouxesse alguma coisa (ex: medicamentos, comida, bebida).	0	1	2	3	4	5	6	7
63. Não deixei que a dor afectasse o que eu estava a fazer.	0	1	2	3	4	5	6	7
64. Deitei-me num sofá.	0	1	2	3	4	5	6	7
65. Indique todos os medicamentos que tomou para a dor, durante a última semana, e assinale o número de dias em que tomou cada um dos medicamentos, durante a última semana. Alguns dos medicamentos comuns para as dores são: Ben-u-Ron®, Dol-u-Ron®, Dafalgan®, Aspirina, Nimed®, Aulin®, Celebrex®, Brufen®, Clonix®, Naprosyn®, Nolotil®, Tylenol®, Trifene®, Voltaren®, Tramal®, Tramadol, MST®. No entanto, existem muitos outros, por isso indique TODOS os medicamentos que esteja a tomar para as dores e não só os apresentados acima.								
.....	0	1	2	3	4	5	6	7
.....	0	1	2	3	4	5	6	7
.....	0	1	2	3	4	5	6	7
.....	0	1	2	3	4	5	6	7
.....	0	1	2	3	4	5	6	7
.....	0	1	2	3	4	5	6	7
.....	0	1	2	3	4	5	6	7
.....	0	1	2	3	4	5	6	7

Número de dias

Se não tomar quaisquer medicamentos para as dores, por favor assinale aqui []

Versão portuguesa do *Chronic Pain Coping Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Mark P. Jensen, PhD; Judith A. Turner, PhD; Joan M. Romano, PhD and Susan E. Strom, PhD.

Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crônica

Versão da Pessoa Significativa

(Peça, por favor, à sua pessoa significativa para responder a esta parte do questionário)

Durante a última semana, quantos dias a sua pessoa significativa usou cada uma das estratégias seguintes, pelo menos uma vez por dia, para lidar com a sua dor? Se não observou a sua pessoa significativa o tempo suficiente para poder classificar, com rigor, o número de dias em que ele/ela usou cada uma das seguintes estratégias para lidar com o problema, indique-o assinalando com um círculo 'NFPO' ('não foi possível observar') para a questão correspondente.

	Número de dias	Não foi possível observar
1. Continuou a fazer o que estava a fazer.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
2. Esticou os músculos das pernas e manteve-os esticados pelo menos 10 segundos.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
3. Descansou um bocado.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
4. Combinou encontrar-se com um amigo ou um familiar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
5. Foi para a cama mais cedo para descansar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
6. Teve o apoio de um amigo.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
7. Pediu a alguém que o/a ajudasse.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
8. Evitou usar uma parte do seu corpo (ex: mão, braço, perna).	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
9. Sentou-se no chão, esticou-se e manteve-se esticado pelo menos 10 segundos.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
10. Apoiou-se em algo para se sentar ou levantar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
11. Teve o apoio de um familiar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
12. Fez exercícios para fortalecer os músculos dos braços pelo menos 1 minuto.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
13. Descansou o máximo que pôde.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
14. Falou com alguém que lhe é próximo.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
15. Telefonou a um amigo para o ajudar a sentir-se melhor.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
16. Ouviu música para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO

Versão portuguesa do *Chronic Pain Coping Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Mark P. Jensen, PhD; Judith A. Turner, PhD; Joan M. Romano, PhD and Susan E. Strom, PhD.

17. Pediu ajuda para um trabalho ou uma tarefa.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
18. Esticou os músculos do pescoço e manteve-os esticados pelo menos 10 segundos.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
19. Não deixou que a dor interferisse nas suas actividades.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
20. Fez exercícios para fortalecer os músculos das pernas pelo menos 1 minuto.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
21. Ouviu uma cassette/CD de relaxamento para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
22. Fez exercício aeróbio (exercício que fez o seu coração bater mais rápido) pelo menos 15 minutos.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
23. Limitou as suas caminhadas devido à dor.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
24. Limitou-se a não dar atenção à dor.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
25. Coxeou enquanto caminhava para diminuir a dor.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
26. Meditou para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
27. Deitou-se de costas, esticou-se e manteve-se esticado pelo menos 10 segundos.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
28. Manteve uma parte do corpo (ex: braço) numa posição especial.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
29. Descansou numa cadeira ou num sofá.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
30. Evitou fazer peso sobre os pés ou as pernas.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
31. Pediu ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
32. Fez exercícios para melhorar a sua condição física global pelo menos 5 minutos.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
33. Falou com um familiar ou um amigo para obter apoio.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
34. Limitou o tempo que passava de pé.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
35. Deitou-se numa cama.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
36. Evitou algumas actividades físicas (levantar, empurrar, transportar).	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
37. Usou auto-hipnose para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
38. Continuou com a sua vida.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
39. Fez exercícios para fortalecer os músculos abdominais pelo menos 1 minuto.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
40. Encontrou-se com um amigo.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
41. Esticou os músculos que lhe doíam e manteve-os esticados pelo menos 10 segundos.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
42. Evitou a actividade.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
43. Encontrou-se com um familiar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
44. Foi sozinho para um quarto para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
45. Respirou fundo e lentamente para relaxar.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
46. Fez exercícios para fortalecer os músculos das costas pelo menos 1 minuto.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
47. Esticou os músculos dos ombros ou dos braços e manteve-os esticados pelo	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO

Versão portuguesa do *Chronic Pain Coping Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Mark P. Jensen, PhD; Judith A. Turner, PhD; Joan M. Romano, PhD and Susan E. Strom, PhD.

menos 10 segundos.

48. Pediu a alguém que lhe trouxesse alguma coisa (ex: medicamentos, comida, bebida).	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
49. Não deixou que a dor afectasse o que estava a fazer.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
50. Deitou-se no sofá.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
51. Ignorou a dor.	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
52. Liste todos os medicamentos que a sua pessoa significativa tomou para as dores durante a última semana, e assinale o número de dias em que tomou cada um dos medicamentos durante a última passada. Alguns dos medicamentos comuns para as dores são: Ben-u-Ron®, Dol-u-Ron®, Dafalgan®, Aspirina, Nimed®, Aulin®, Celebrex®, Brufen®, Clonix®, Naprosyn®, Nolotil®, Tylenol®, Trifene®, Voltaren®, Tramal®, Tramadol, MST®. No entanto, existem muitos outros, por isso, indique TODOS os medicamentos que sabe que a sua pessoa significativa está a tomar para as dores, e não apenas os listados acima.		
	Número de dias	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO
.....	0 1 2 3 4 5 6 7	NFPO

Se a sua pessoa significativa não tomar quaisquer medicamentos por favor assinale aqui []

Versão portuguesa do *Chronic Pain Coping Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Mark P. Jensen, PhD; Judith A. Turner, PhD; Joan M. Romano, PhD and Susan E. Strom, PhD.

Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor

INVENTÁRIO DE CONVICÇÕES E PERCEPÇÕES RELACIONADAS COM A DOR

Por favor indique até que ponto concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações. Assinale com um círculo o número que corresponde ao seu nível de concordância.

	Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito
1. Ninguém tem sido capaz de me dizer exactamente por que é que tenho dor.	-2	-1	1	2
2. Pensava que a minha dor tinha cura mas agora já não tenho tanta certeza.	-2	-1	1	2
3. Há alturas em que não sinto dor.	-2	-1	1	2
4. A minha dor confunde-me.	-2	-1	1	2
5. A minha dor está para ficar.	-2	-1	1	2
6. Estou constantemente com dor.	-2	-1	1	2
7. Se estou com dores, a culpa é minha.	-2	-1	1	2
8. Não sei o suficiente sobre a minha dor.	-2	-1	1	2
9. A minha dor é um problema temporário na minha vida.	-2	-1	1	2
10. Parece que acordo com dor e que adormeço com dor.	-2	-1	1	2
11. Eu sou a causa da minha dor.	-2	-1	1	2
12. Existe cura para a minha dor.	-2	-1	1	2
13. Culpo-me a mim próprio se estiver com dor.	-2	-1	1	2
14. Não consigo perceber por que é que estou com dor.	-2	-1	1	2
15. Um dia, estarei novamente 100% sem dor.	-2	-1	1	2
16. A minha dor varia em intensidade mas está sempre comigo.	-2	-1	1	2

Versão portuguesa do *Pain Beliefs and Perceptions Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor David A. Williams, Ph.D.



Copyright © 1995
Michael J.L. Sullivan

PCS

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

0 – Nunca **1** – Ligeiramente **2** – Moderadamente **3** – Bastante **4** – Sempre

Quando estou com dores ...

- 1 Estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim.
- 2 Sinto que não consigo continuar.
- 3 É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.
- 4 É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.
- 5 Sinto que já não aguento mais.
- 6 Fico com medo que a dor piore.
- 7 Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.
- 8 Quero ansiosamente que a dor desapareça.
- 9 Não consigo deixar de pensar nisso.
- 10 Estou sempre a pensar no quanto dói.
- 11 Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.
- 12 Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.
- 13 Pergunto -me se poderá acontecer algo grave.

Versão portuguesa do *Pain Catastrophizing Scale*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Michael J.L. Sullivan, PhD.

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE DOR NEUROPÁTICA – DN4

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

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

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

	sim	não
1 – Queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Sensação de frio doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Choques eléctricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	sim	não
4 – Formigueiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Picadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Dormência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Comichão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAME DO DOENTE

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

	sim	não
8 – Hipoestesia ao tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Hipoestesia à picada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

	sim	não
10 – Fricção leve (“ <i>brushing</i> ”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versão portuguesa do *Neuropathic Pain Questionnaire (DN4)* do *French Neuropathic Pain Group*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Didier Bouhassira, PhD.