



ADAPTAÇÃO CULTURAL E  
VALIDAÇÃO DO «FIBROMYALGIA  
IMPACT QUESTIONNAIRE» –  
VERSÃO PORTUGUESA

Maria da Lapa Rosado  
José Pascoalinho Pereira  
João Pedro da Fonseca  
Jaime C. Branco

Unidade de Fisioterapia – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão  
Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz, SA  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

---

## RESUMO

---

**Objectivos:** Traduzir, validar e adaptar o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) para português de Portugal, para ser utilizado por profissionais de saúde da área músculo-esquelética na população de doentes com Fibromialgia. Avaliar os aspectos da validade de conteúdo, validade simultânea e consistência interna.

**Material e Métodos:** Após o processo de tradução – retroversão, o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* – versão portuguesa (FIQ-P) foi administrado a 68 doentes com Fibromialgia, em conjunto com uma declaração de consentimento informado, o *Health Assessment Questionnaire* – versão portuguesa (HAQ-P) e uma grelha para caracterização sócio – demográfica e da duração dos sintomas. A validade de conteúdo, obteve-se pela consulta a um painel de peritos. A validade simultânea, verificou-se através da correlação dos resultados obtidos pelo preenchimento do item de capacidade funcional do FIQ-P e do HAQ-P. A consistência interna, através da qual se verificou a homogeneidade do instrumento, realizou-se através do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach.

**Resultados:** A validade de conteúdo apresentou um elevado nível de consenso. Obteve-se uma correlação de Spearman com valor de 0,531 para  $p = 0,001$ . A consistência interna apresentou um valor  $\alpha = 0,814$ .

**Conclusões:** O *Fibromyalgia Impact Questionnaire* – versão portuguesa, possui um elevado nível de consenso, no que respeita à validade de conteúdo; contém homogeneidade no que diz respeito à avaliação da fiabilidade e apresenta uma correlação estatisticamente significativa, em relação à comparação com o instrumento padrão, na amostra estudada. Este instrumento de medida, fica disponível para ser utilizado na prática clínica.

**Palavras-chave:** Fibromialgia; Validade; Consistência interna; FIQ-P.

---

---

## ABSTRACT

---

The aim of this study was to translate the *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) into Portuguese (Portugal) and to evaluate its reliability and validity by use with Portuguese – speaking patients with *Fibromyalgia*. After translating the FIQ into Portuguese we administered it to 68 patients with *Fibromyalgia* together with an informed consent, a Portuguese version of the *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) and a formulary with the socio-demographic characteristics and duration of the complaints.

The content validity was assessed with a panel of experts, with high consensus. In the concurrent validity, we obtained significant correlations between the FIQ first item and the HAQ [ $r = 0,531$  ( $p = 0,001$ )].

Cronbach's alpha was 0,814, indicating an acceptable level of internal consistency.

In conclusion, the Portuguese version of the FIQ is a reliable and valid instrument for measuring health status and physical functioning in Portuguese patients with *Fibromyalgia*. This instrument is available for use in the clinical practice.

**Keywords:** *Fibromyalgia*; Validity; Internal consistency, FIQ.

---

## ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO « FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE » – VERSÃO PORTUGUESA

Maria da Lapa Rosado\*, José Pascoalinho Pereira\*\*,  
João Pedro da Fonseca\*\*, Jaime C. Branco\*\*\*

### Introdução

A Fibromialgia (FM) é caracterizada por dor músculo-esquelética generalizada, um padrão previsível de pontos dolorosos, rigidez, fadiga e distúrbios de sono<sup>1</sup>. São comuns alterações emocionais na FM e a qualidade de vida está diminuída<sup>2</sup>. Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia desenvolveu os critérios para a classificação desta entidade clínica<sup>1</sup>.

A FM é uma síndrome de elevada prevalência entre as disfunções músculo-esqueléticas<sup>3</sup>. Não existe tratamento específico, estão indicados vários programas de intervenção que têm sido propostos para lidar com os diferentes aspectos da síndrome, particularmente alterações psicológicas, má qualidade de vida, incapacidade funcional<sup>2</sup>, diminuição da contração voluntária máxima e resistência muscular<sup>2</sup> e baixos níveis de capacidade física<sup>2</sup>. Um doente bem informado e educado sobre a síndrome, no centro da equipa de intervenção, é um elemento de sucesso para os programas de auto-gestão destes doentes<sup>2</sup>. Estes programas enfatizam a comunicação e a combinação de técnicas cognitivo-comportamentais com a actividade física, como por exemplo, exercícios em piscina, em conjunto com marcha, uma vez que são bem tolerados por estes doentes<sup>2</sup>.

Devido à variedade de sintomas experimentados pelos doentes reumáticos, vários profissionais podem estar envolvidos na intervenção em cada um deles em qualquer momento. As funções da equi-

pa multidisciplinar são a prestação de cuidados de saúde, educação e investigação. As doenças reumáticas, por vezes são complexas e afectam vários aspectos da vida dos doentes; um programa eficiente necessita de esforços coordenados de um grupo de vários indivíduos. Tendo o doente como centro, o papel da equipa multiprofissional<sup>4</sup> é avaliar os sintomas e os efeitos na capacidade física, psicológica e social, de forma a elaborar um plano de intervenção. As prioridades da intervenção são determinadas em conjunto com o doente<sup>5</sup>, resultando num plano de tratamento que vai levar ao melhor controlo da doença e dos seus sintomas, e aumentar a capacidade funcional do doente<sup>5</sup>.

As repercussões da FM a nível económico, quer em termos de incapacidade laboral e funcional<sup>6</sup>, quer nos custos das prestações de serviços de saúde, são elevadas<sup>2,7</sup>.

Existem vários estudos sobre o impacto da FM nos doentes com esta síndrome.

Em diferentes estudos<sup>8</sup> verificou-se que alguns doentes se apresentavam incapacitados para cumprir a sua semana de trabalho, outros não eram capazes de realizar as tarefas domésticas necessárias, mudaram de trabalho ou recebiam pensões de invalidez.

Henriksson *et al.*<sup>9</sup>, num estudo com 58 doentes, verificaram a existência de um efeito adverso no cumprimento das tarefas motoras. A maioria dos doentes referiu dores persistentes mas considerou a fadiga como o sintoma mais incapacitante, em especial no grupo de pessoas sem trabalho regular. As actividades de lazer revelaram um carácter predominantemente sedentário, passivo, tal como ver televisão. A dor e a fadiga mostraram ter uma influência muito negativa no dia a dia destes doentes especialmente nas tarefas motoras.

Noutros estudos<sup>9</sup>, realizados com mulheres, verificou-se que estas se mostraram mais inseguras, fragilizadas e com menor auto-estima. Também foram referidas limitações nas capacidades motoras,

\*Fisioterapeuta Licenciada; Unidade de Fisioterapia – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

\*\*Professor Adjunto – Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

\*\*\*Fisioterapeuta Licenciado; Unidade de Fisioterapia – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

\*\*\*\*Chefe de Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz, SA; Professor Agregado de Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Trabalho realizado na Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

com interferência importante nas actividades do dia a dia. Os esforços físicos revelaram uma associação muito estreita com os sintomas dolorosos. As expectativas de futuro eram globalmente pessimistas, dada a impossibilidade de concretização dos objectivos de vida traçados para cada caso individual.

Na investigação<sup>9</sup> sobre as consequências da FM nas actividades do dia a dia, verificou-se que as mulheres que conseguiram adaptar os seus horários de trabalho à percepção das suas capacidades revelaram-se menos exaustas durante os períodos de lazer e referiram uma maior satisfação com as suas actividades diárias. Existe uma grande variabilidade entre os doentes e, apesar das suas incapacidades e limitações, muitos são capazes de viver uma vida satisfatória.

A avaliação do estado de saúde e capacidade funcional é essencial nos doentes com disfunções músculo-esqueléticas e tornou-se uma abordagem importante na avaliação dos resultados<sup>8</sup> das várias intervenções terapêuticas. Instrumentos de avaliação do estado de saúde, como o *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*<sup>11,12</sup> e o *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*<sup>13, 14</sup>, avaliam as repercussões da patologia<sup>8</sup> e a eficácia de diferentes intervenções em doentes com FM<sup>10</sup>.

Na clínica, uma das etapas fundamentais da sua intervenção é o processo de avaliação. Esta, refere-se à informação recolhida sobre o doente ou relacionada com o seu problema actual<sup>5</sup> devendo basear-se na utilização de instrumentos de medida da avaliação de resultados<sup>5</sup>.

Burckhardt e colegas (1991) desenvolveram um instrumento de medida para avaliar o estado de saúde e capacidade funcional dos doentes com FM: o FIQ.

O FIQ tem sido usado para avaliar pessoas na comunidade com dor crónica<sup>14</sup>, para determinar o impacto da FM na vida diária<sup>14</sup> e a incapacidade resultante<sup>14</sup> e para medir resultados em estudos com fármacos. Na área de intervenção não farmacológica, o FIQ tem sido utilizado em estudos de intervenção pelo exercício, abordagens multidisciplinares e para avaliação do programa de tratamento<sup>14</sup>. Um estudo que avaliou a sensibilidade à mudança de vários resultados medidos, concluiu que o FIQ é a medida mais sensível à mudança no tratamento da FM e é recomendada para ser usada em estudos clínicos futuros<sup>14</sup>. O FIQ é um questionário de auto-preenchimento, com 10 itens, que mede a capacidade funcional, capacidade para o

trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar. O FIQ foi traduzido em várias línguas, incluindo versões publicadas em Sueco, Turco, Francês, Alemão, Coreano, Italiano e Espanhol, entre outras, mantendo as suas características métricas<sup>10, 15, 16, 17, 18, 19, 20</sup>.

O objectivo deste estudo é adaptar culturalmente para a realidade portuguesa o FIQ verificando a validade de conteúdo, a consistência interna e a validade simultânea.

## População e Método

Trata-se de um estudo metodológico, realizado na Escola Superior de Saúde de Alcoitão, com a colaboração da Associação Nacional de Luta contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica – MYOS, durante o ano de 2004.

### Doentes

Solicitou-se por escrito e via telefone a colaboração da Associação Nacional de Luta contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica – MYOS. Foi permitida a presença dos autores do estudo nas reuniões de membros da MYOS, nas delegações contactadas (Lisboa, Porto, Coimbra, Setúbal e Santarém), para solicitar a participação voluntária dos membros com FM, da referida Associação.

Os critérios de exclusão para a recolha da amostra foram: analfabetismo e alterações cognitivas.

A amostra foi seleccionada por conveniência, num total de 72 pessoas adultas (> 18 anos) sócios doentes da MYOS. Após os expurgos dos dados foram seleccionados 68 questionários.

## Instrumentos

### FIQ

O FIQ é um instrumento que foi desenvolvido para medir o estado de saúde e a capacidade funcional dos doentes com FM, e para avaliar a sua progressão clínica e os resultados terapêuticos<sup>13,14</sup>. Contém 20 questões agrupadas em 10 itens. O primeiro item, contém 11 sub-itens e centra-se na capacidade do doente executar as tarefas diárias (cozinhar, limpar, andar, mobilidade, entre outras). As respostas estão distribuídas numa escala tipo *Likert* de 0 (capaz de fazer sempre) a 3 (incapaz de fazer). Os 11 sub-itens são somados e divididos pelo número de resultados obtidos, para se obter o resultado

da capacidade funcional. Os dois itens seguintes, pedem ao doente para assinalar o número de dias, na semana anterior, em que se sentiu bem e em que faltou ao trabalho. Os últimos sete itens – a capacidade de trabalho, a dor, a fadiga, o cansaço matinal, a rigidez, a ansiedade e a depressão – são medidos através de uma escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 (10 cm), com 10 indicando a incapacidade máxima. Os valores do FIQ variam de 0 a 100, com 100 a indicar o impacto máximo da FM.

### HAQ-P

A capacidade funcional dos doentes foi medida pelo HAQ – versão portuguesa (HAQ-P)<sup>21</sup>. O HAQ é um instrumento validado e frequentemente utilizado para medir a incapacidade física entre os doentes com artrite reumatóide. O HAQ foi traduzido em várias línguas, incluindo uma versão adaptada para a língua portuguesa. É constituído por 20 itens, divididos em 8 grupos de limitações funcionais. O HAQ surge da área da reumatologia, mas tem sido administrado em diferentes áreas e em diferentes culturas, com as devidas adaptações, sem alterar a sua fiabilidade e validade. É considerado um instrumento genérico, uma vez que avalia dimensões que não são específicas de uma só doença<sup>11</sup>.

### Desenvolvimento do Estudo

Após o contacto com a MYOS, procedeu-se à elaboração da declaração de consentimento informado e à elaboração da folha para recolha de dados de caracterização sócio-demográfica (sexo, idade, estado civil, situação laboral, escolaridade) e duração dos sintomas.

De seguida, procedeu-se à tradução e adaptação do FIQ, em que se realizaram as adaptações culturais e obteve-se a versão portuguesa do FIQ (FIQ-P), a qual se aplicou à amostra do estudo. Os questionários estavam acompanhados com as instruções escritas, a declaração de consentimento informado e a folha de caracterização sócio-demográfica e duração dos sintomas.

A validade de conteúdo foi verificada por painel de peritos. A validade simultânea verificou-se por comparação entre o FIQ-P e outro questionário já validado para a realidade portuguesa, o HAQ-P<sup>21</sup> e a consistência interna pelo coeficiente  $\alpha$  (alfa) de Cronbach.

Para verificar a validade simultânea do FIQ-P com o HAQ-P utilizámos o teste de correlação do coeficiente de Spearman.

Para a avaliação da fiabilidade, foi escolhida a medida de consistência interna, em que se pretende verificar a homogeneidade do conteúdo do FIQ-P.

## Resultados

A escala a que se refere este estudo já passou pelo processo de tradução – retroversão realizado por um dos autores (Jaime C. Branco), em 1994: *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ-1)<sup>8</sup>.

Em 1997 os autores da escala original acrescentaram alterações. No presente estudo, estas alterações foram acrescentadas à primeira versão portuguesa, através dum processo de tradução – retroversão, por dois fisioterapeutas bilingues (Língua Inglesa e Língua Portuguesa), chegando a uma versão de consenso relativo à equivalência semântica. Esta versão foi retrovertida por outros dois fisioterapeutas bilingues, chegando a uma nova versão de consenso *Fibromyalgia Impact Questionnaire* – (FIQ-2) aprovada pela Dra. Carol Burckhardt, através da versão de consenso da retroversão.

Após este processo, verificou-se a validade de conteúdo, na qual participaram oito profissionais de saúde, de diferentes áreas, que constituíram o painel de peritos, seleccionados por conveniência e qualidade.

Os sujeitos que integraram o painel de peritos tiveram os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde com experiência clínica em FM; graus académicos; publicações; apresentação de estudos.

O painel de peritos sugeriu as seguintes adaptações culturais:

*Walk several blocks*, manteve-se a mesma questão, mas acrescentou-se uma distância mensurável (200 a 500 metros).

*Do yard work*, adaptou-se por «tratar das plantas ou praticar o seu passatempo», uma vez que em Portugal nem todas as pessoas têm jardim e praticam outros passatempos.

*Drive a car*, adaptou-se por «foi capaz de se deslocar, no seu próprio carro ou em transportes públicos sem problemas», porque nem todas as pessoas têm viatura própria.

*How many days last week did you miss work, including housework, because of fibromyalgia*, adaptou-se por «na última semana, quantos dias faltou ao trabalho e/ou não realizou as tarefas do-

mésticas, devido à fibromialgia», porque as tarefas domésticas também são consideradas trabalho, embora não seja remunerado.

*When you worked, how much did pain or other symptoms of your fibromyalgia interfered with your ability to do your work, including housework*, adaptou-se por, «nos dias que trabalhou, quanto é que a sua doença – fibromialgia – interferiu no seu trabalho», para que o doente ao responder ao questionário não se disperse por outra sintomatologia não associada à FM.

Após a análise dos resultados da validade de conteúdo, chegou-se à versão final do FIQ-P, e realizou-se um pré-teste, com o objectivo de verificar a clareza e simplicidade da linguagem e compreensão da mesma. Utilizou-se uma amostra de 14 doentes da Unidade de Fisioterapia – Adultos, a realizar tratamento em regime ambulatorio, na área de disfunções músculo-esqueléticas, no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

A análise descritiva das características clínicas e sócio-demográficas dos 68 doentes (66 mulheres e 2 homens) mostra-se no Quadro I. A idade média dos doentes com fibromialgia foi de 48,63 anos

(limites: 25 – 70) e o tempo médio de duração dos sintomas foi 11,34 anos (limites: 1 – 40).

A validade simultânea para verificar a correlação entre o FIQ-P e o HAQ-P, através do coeficiente de correlação de Spearman, obteve um valor de 0,531 ( $p = 0,001$ ). Verificou-se assim uma correlação estatisticamente significativa.

A consistência interna obteve um valor  $\alpha = 0,814$ , indicando um bom nível de homogeneidade.

## Discussão

Na adaptação para língua portuguesa do FIQ encontrou-se um elevado nível de consenso, sem necessidade de fazer grandes alterações. Algumas das adaptações culturais são semelhantes às verificadas noutros estudos do FIQ. A questão *Walk several blocks*, foi adaptada nas versões coreana<sup>8</sup>, francesa<sup>18</sup> e espanhola<sup>20</sup>; as questões: *Do yard work* e *Drive a car*, também foram adaptadas na versão coreana<sup>10</sup>.

Ao analisar o valor do  $\alpha$  de Cronbach, constatou-se que os 10 itens da escala FIQ-P, apresentam um valor considerado como um bom indicador e semelhante ao valor apresentado por outros estudos de adaptação e validação: *FIQ-T* (turca)<sup>16</sup>  $\alpha = 0,72$ ; *FIQ-G* (alemã)<sup>17</sup>  $\alpha = 0,92$ ; *FIQ-K* (coreana)<sup>10</sup>  $\alpha = 0,80$ ; *FIQ-I* (italiana)<sup>19</sup>  $\alpha = 0,90$ . Em relação à versão original<sup>13</sup> da escala em estudo, o valor de consistência interna não foi verificado pelos seus autores, não sendo, por isso, possível comparar o resultado obtido pelo nosso estudo.

Os valores totais obtidos no primeiro item do FIQ-P, foram correlacionados com os valores totais obtidos pelo HAQ-P. A correlação foi realizada entre o primeiro item (11 sub-itens) – capacidade funcional, e o total do HAQ-P, que avalia a incapacidade funcional dos doentes com artrite reumatóide, uma vez que os itens: fadiga, cansaço matinal, rigidez, ansiedade e depressão, não são correlacionáveis com o HAQ<sup>10</sup>. Ao analisar o valor do coeficiente de correlação obtido ( $r = 0,531$ ), pode-se dizer que se trata de uma correlação moderada mas estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ), indo de encontro aos resultados obtidos por outros autores<sup>10, 16, 17, 19</sup>.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, surgiram algumas limitações, que se enumeram: relativamente à validade externa, não se pode garantir a representatividade da população portuguesa, e em particular, da população masculina.

**Quadro I. Características clínicas e sócio-demográficas dos doentes com fibromialgia**

<b>Número de doentes</b>	<b>68</b>
Feminino/Masculino	66/2
Idade Média (anos)	48,63
Tempo médio de duração dos sintomas (anos)	11,34
<b>Estado civil %</b>	
Solteiro	8,8
Casado	75,0
Divorciado	11,8
Viúvo	2,9
<b>Situação laboral %</b>	
Empregado a tempo inteiro	42,6
Empregado em part-time	7,4
Desempregado	13,2
Reformado	17,6
Doméstico	14,7
<b>Escolaridade %</b>	
4º ano	29,4
7º ano	8,8
9º ano	13,2
12º ano	25,0
> 12º ano	22,1

No entanto tentou-se minimizar esta limitação, ao eleger cinco delegações da MYOS, em áreas geográficas diferentes (Coimbra, Santarém, Setúbal, Lisboa e Porto), de forma a evitar o enviesamento do estudo. Relativamente à validade interna, poderão ser levantadas questões como a adequabilidade do instrumento padrão: Será que os membros do painel de peritos tiveram um funcionamento sólido (informação conferida e reflexão sobre a informação) e disponível? Será que a aplicação do instrumento terá sido adequada à amostra, para que os aspectos da validade interna tivessem o menor enviesamento possível dos dados?

## Conclusões

Os profissionais de saúde necessitam de instrumentos de medida válidos e fiáveis para comunicarem nos mesmos termos enquanto medem o estado de saúde, progressão clínica e resultados terapêuticos dos doentes com FM, para que se possam comparar os resultados de diferentes estudos<sup>10</sup>. A tradução de um instrumento de uma língua para outra pode apresentar problemas, especialmente se as culturas e as características sócio-económicas da população diferirem.

Como conclusão deste estudo, pode-se afirmar que o FIQ (Anexo 1), apresenta uma versão Portuguesa com validade de conteúdo, consistência interna e validade simultânea.

Com os resultados obtidos pela aplicação do instrumento FIQ-P, pensamos que a escala FIQ-P é um instrumento de medida que se encontra adaptado e validado para a realidade portuguesa, podendo ser utilizado pelos profissionais de saúde na sua prática clínica, para a avaliação de indivíduos com FM.

Com este estudo, o FIQ-P fica disponível para ser utilizado pelos diferentes profissionais de saúde que lidam no seu dia a dia com doentes com FM, facilitando a aquisição do perfil individual de cada doente, definindo qual o seu estado de saúde e capacidade funcional, permitindo planear a estratégia de intervenção adequada a cada um.

Para estudos futuros sugere-se: avaliar a sensibilidade do FIQ-P; avaliar a implementação de um programa de intervenção nestes doentes; verificar a correlação dos itens do FIQ-P, não verificados neste estudo, com instrumentos de medida específicos e já validados para a realidade portuguesa, como por exemplo o MOS SF-36 e o AIMS2; e a re-

aplicação deste estudo em doentes com FM provenientes de outros contextos.

Com este estudo, procurou-se dar uma resposta a uma necessidade sentida na prática clínica dos profissionais de saúde, na área das disfunções músculo-esqueléticas, facultando a estes profissionais um instrumento caracterizado metodologicamente.

## Agradecimentos

Agradece-se a colaboração de todos os elementos que constituíram o painel de peritos, para a verificação da validade de conteúdo: Prof. Dr. Jaime C. Branco, Prof. Dr. Manuel João Quartilho, Dr.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Manuela M. Costa, Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina S. Albuquerque, Mestre Miguel Lóio, Ft. Ana M.<sup>a</sup> Santos, Ft. Fernando Carrega e T. O. Rui Pedro Alexandre.

E à Associação Nacional de Luta contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica – MYOS pela sua colaboração.

## Referências

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 160-172.
2. Cedrashi C, Desmeules J, Rapiti E, et al. Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self-management. *Ann Rheum Dis.* 2004; 63: 290-296.
3. Branco J. Fibromialgia. In: Sociedade Portuguesa de Reumatologia e Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (Eds.), *Regras de ouro em Reumatologia.* Lisboa: Pfizer, 2004: 39-48.
4. Association of Rheumatology Health Professionals. The role of interdisciplinary team in the management of rheumatic disease. 2002. <http://www.rheumatology.org/arhp/briefing/team.html>. Acedido em 29-08-2003.
5. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. *Fisioterapia - Padrões de Prática (2ª Ed.).* Lisboa; 2003: 15-17.
6. Abraham VJ, Remensone EI, Shapira IT, et al. What is the Fibromyalgia Syndrome and Why is it important. *American College of Rheumatology.* 1998; 1: 7-18. <http://www.rheumatology.org/publications/primarycare/number1/toc.asp>. Acedido em 12-07-2004.
7. Beck A, Breth G, Ellis J, Hays R, Miller C, Reaven N. Multidisciplinary group intervention for Fibromyalgia: A study of psychiatric symptom and functional disability outcomes. *The Permanent Journal* 2002; 6. <http://www.kaiserpermanente.org/medicine/perjournal/sum00pj/fibro.html>. Acedido em 08-10-2003.
8. Branco J. Fibromialgia: modelo humano de dor, fadiga e incapacidade crónicas. Lisboa: Dissertação de Doutoramento em Medicina apresentada à Facul-

- dade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 1997: 47.
9. Quartilho MJ. Fibromialgia e Somatização. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra; 1999: 93-97.
  10. Kim Y, Lee S, Park K. Validation of a Korean version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Korean Med Sci.* 2002; 17: 220-224.
  11. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2003; 1: 20. [www.hqlo.com/content/1/1/20](http://www.hqlo.com/content/1/1/20). Acedido em 03-11-2003.
  12. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ): a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol.* 2003; 30: 167-178.
  13. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. *J Rheumatol.* 1991; 18: 728-733.
  14. Burckhardt CS. The Fibromyalgia Impact Questionnaire - An Historical and Methodological Primer. [www.myalgia.com/FIQ/FIQ\\_burckhardt.htm](http://www.myalgia.com/FIQ/FIQ_burckhardt.htm). Acedido em 07-08-2004.
  15. Hedin PJ, Hamne M, Burckhardt CS, Engstrom-Laurant A. The Fibromyalgia Questionnaire, a Swedish Translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scand J Rheumatol.* 1995; 24: 61-63.
  16. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology Int.* 2000;20:9-12.
  17. Offenbaecher M, Waltz M, Schoeps P. Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *J Rheumatol.* 2000; 27: 1984-1988.
  18. Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: Validation of the QIE; the french version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheumatol.* 2003; 30: 1054-1059.
  19. Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Fiorini T, et al. Validation of an Italian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-I). *Clin Exp Rheumatol.* 2003; 21: 459-464.
  20. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol.* 2004; 31 (9): 507-513.
  21. Santos RA, Reis P, Rebelo L, Dias FC, Rosa CM, Viana de Queiroz M. "Health Assessment Questionnaire" (versão curta): Adaptação para língua portuguesa e estudo da sua aplicabilidade. *Acta Reumatológica Portuguesa.* 1996; 76: 15-20.

**Endereço para correspondência**

Maria da Lapa Rosado  
 Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.  
 Unidade de Fisioterapia  
 2649-506 Alcabideche  
 Tel.: 214608300 (ext. 228)  
 E-mail: maria.rosado.4@netvisao.pt

## ANEXO 1

### Versão portuguesa do FIQ (FIQ-P).

NOME \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (VERSÃO PORTUGUESA) – FIQ-P

**INSTRUÇÕES:** Nas perguntas 1 a 11 por favor faça um círculo no número que, em relação à **última semana**, melhor descreve a maneira como, **em geral**, foi capaz de executar as tarefas indicadas. Se habitualmente não faz uma dessas tarefas risque essa pergunta.

	Sempre	Quase Sempre	Quase nunca	Nunca
<b>Foi capaz de:</b>				
1. Ir às compras?	0	1	2	3
2. Tratar da roupa na máquina de lavar / secar?	0	1	2	3
3. Cozinhar?	0	1	2	3
4. Lavar louça à mão?	0	1	2	3



	Sempre	Quase Sempre	Quase nunca	Nunca				
5. Aspirar a casa?	0	1	2	3				
6. Fazer as camas?	0	1	2	3				
7. Andar vários quarteirões (200 a 500 metros)?	0	1	2	3				
8. Visitar a família ou os amigos?	0	1	2	3				
9. Tratar das plantas ou praticar o seu passatempo?	0	1	2	3				
10. Se deslocar, no seu próprio carro ou em transportes públicos?	0	1	2	3				
11. Subir as escadas?	0	1	2	3				
12. Na última semana, em quantos dias se sentiu bem?	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Na última semana, quantos dias faltou ao trabalho e/ou não realizou as tarefas domésticas, devido à fibromialgia?	0	1	2	3	4	5	6	7

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

14. Nos dias que trabalhou, quanto é que a sua doença – Fibromialgia - interferiu no seu trabalho?

Trabalhei sem problemas      • \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | •      Tive grande dificuldade no trabalho

15. Que intensidade teve a sua dor?

Não tive dor      • \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | •      Tive dor muito intensa

16. Que cansaço sentiu?

Não senti cansaço      • \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | •      Senti um cansaço enorme

17. Como se sentiu quando se levantava de manhã?

Acordei bem repousada      • \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | •      Acordei muito cansada

18. Que rigidez sentiu?

Não tive rigidez      • \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | •      Senti muita rigidez

19. Sentiu-se nervosa ou ansiosa?

Não tive ansiedade      • \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | •      Senti-me muito ansiosa

20. Sentiu-se triste ou deprimida?

Não me senti deprimida      • \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | •      Senti-me muito deprimida