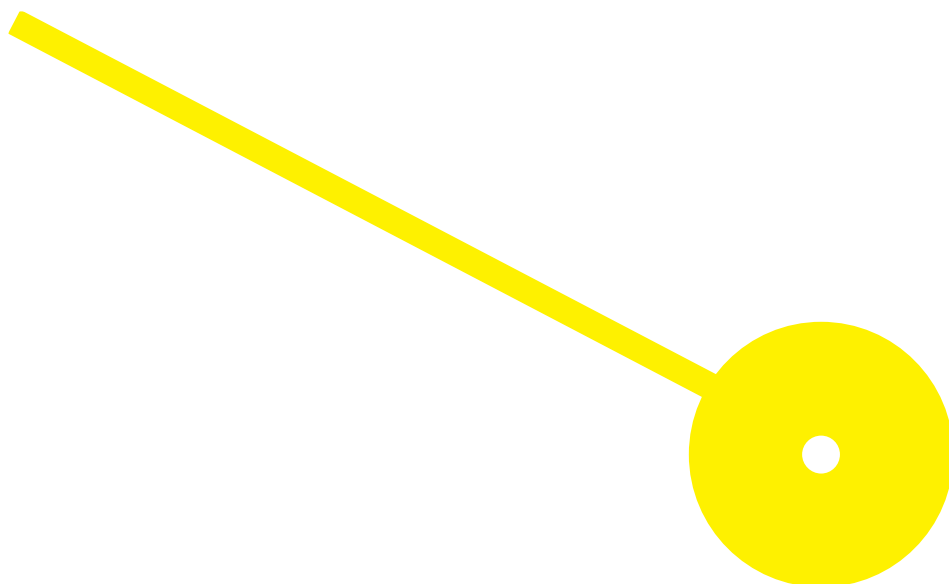




Validação da versão Portuguesa do Questionário *Survey instrument for Natural history, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral Pain Studies (SNAPPS)*

Geovana Domingues Batista

09/2024





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Validação da Versão Portuguesa do Questionário *Survey Instrument for Natural
history, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral Pain Studies (SNAPPS)***

Autor

Geovana Domingues Batista

Orientadores

Professor Doutor Lucas Arrebola – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada

Santista

Professor Doutor Paulo Carvalho, E2S-IPP, RISE-Health|T.Bio | CIAFEL-FADEUP

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Fisioterapia** – Área de Especialização em **Desporto** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Agradeço a toda equipa da Escola superior de saúde em especial aos meus orientadores Lucas Simões Arrebola e Paulo Carvalho, que me guiaram ao longo de todo este percurso. A vossa orientação fez toda a diferença na minha jornada académica.

A minha mãe Shirley Aparecida Lirola Domingues, e ao meu pai Giony Carneiro Batista, que sempre foram meus maiores pilares, mesmo com a distância. O vosso amor e constante encorajamento foram fundamentais para que eu pudesse me concentrar nos meus objetivos. O vosso apoio incondicional deu-me a segurança necessária para seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis. Agradeço também a todos os meus familiares, que me deram tanto carinho e suporte emocional ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos, Ana Laura de Melo Santos, Emerson Melo e Breno José Machado de Lima, o meu mais sincero agradecimento. Obrigada pela Amizada, pela ajuda quando mais precisei e por sempre estarem ao meu lado, oferecendo incentivo e motivação em todas as etapas destes dois anos. A vossa presença tornou tudo mais leve, e cada palavra de incentivo foi crucial para que eu conseguisse concluir este trabalho.

Dedico esta tese à minha filha, que já é a minha maior fonte de inspiração e a motivação de onde tiro forças para enfrentar os desafios com determinação, perseverança e coragem. Ao Rafael Enrique Martinez Duran, minha eterna gratidão pela sua constante presença e apoio incondicional, tanto neste projeto quanto na espera pela chegada da nossa menina. O seu apoio e dedicação como companheiro foram essenciais para que eu seguisse em frente nesta jornada. Tudo o que faço é pensando no futuro que estamos a construir, algo muito especial, e espero que este trabalho seja a prova de que, com esforço e perseverança alcançaremos muitas conquistas como família.

Resumo

Introdução: A dor patelofemoral (DPF) é uma condição comum, especialmente em populações fisicamente ativas, sendo uma causa frequente de dor no joelho. O questionário SNAPPS, originalmente em inglês, precisa ser traduzido e validado para uso em Portugal.

Objetivo: Validar a tradução do questionário *Survey instrument for Natural history, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral Pain Studies (SNAPPS)* para o Português de Portugal, seguindo critérios clínicos.

Materiais e métodos: Estudo de validação da versão portuguesa do SNAPPS, realizado com jovens de 18 a 40 anos.

Resultados: A média de idade foi 26,36 anos (DP = 5,36), sendo 51,28% homens e 48,72% mulheres. O IMC médio foi de 21,10 (DP = 5,07). A dor durou em média 22,84 meses (DP = 35,90). Os scores foram: SNAPPS 2,89 (DP = 3,69), IKDC 47,41 (DP = 7,29) e Kujala 82,92 (DP = 16,78). A compreensão superou 90%.

Conclusão: Não houve correlação entre o SNAPPS e os questionários Kujala e IKDC, mas as diferenças nos objetivos e a amostra pequena devem ser consideradas. Estudos com mais participantes podem confirmar a validade do SNAPPS em Portugal.

Palavras-chave: Joelho; Síndrome da dor patelofemoral; Questionário; Avaliação; Dor anterior no joelho.

Abstract

Introduction: Patellofemoral pain (PFP) is a common condition, especially among physically active populations, and is a frequent cause of knee pain. The SNAPPS questionnaire, originally developed in English, needs translation and validation for use in Portugal.

Objective: To validate the translation of the Survey instrument for Natural history, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral Pain Studies (SNAPPS) questionnaire into European Portuguese, following clinical criteria.

Materials and methods: Validation study of the Portuguese version of SNAPPS, conducted with young adults aged 18 to 40.

Results: The average age was 26.36 years (SD = 5.36), with 51.28% male and 48.72% female participants. The average BMI was 21.10 (SD = 5.07). Pain duration averaged 22.84 months (SD = 35.90). Scores were as follows: SNAPPS 2.89 (SD = 3.69), IKDC 47.41 (SD = 7.29), and Kujala 82.92 (SD = 16.78). Over 90% of participants fully understood the questions.

Conclusion: No correlation was found between SNAPPS and the Kujala and IKDC questionnaires, but differences in objectives and the small sample size should be considered. Future studies with larger samples may confirm the validity of SNAPPS for the Portuguese population.

Keywords: Knee; Patellofemoral pain syndrome; Questionnaire; Assessment; Anterior knee pain.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Prevalência.....	2
1.2. Etiologia.....	2
1.3. Fatores de Risco.....	3
1.4. Métodos Diagnósticos.....	3
1.5. Questionário SNAPPS	4
1.6. Justificativa.....	4
2. Métodos	5
2.1. Desenho de Estudo	5
2.2. Amostra	5
2.3. Considerações Éticas.....	5
2.4. Instrumentos	5
2.4.1. SNAPPS.....	5
2.4.2. International Knee Documenttation Committee	6
2.4.3. Kujala Anterior Knee Pain Scale.....	6
2.4.4. IMC.....	7
2.4.5. END.....	7
2.5. Procedimentos.....	7
2.6. Procedimentos estatísticos	7
3. Resultados	9
4. Discussão	11
5. Conclusão	13
Referências Bibliográficas.....	14

1. Introdução

Atualmente a maior definição sobre dor presente na literatura é de domínio da *International Association for the Study of Pain (IASP)* que define a dor como “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano teciduais reais ou potenciais”(19) sendo sempre de cunho pessoal influenciável em variáveis graus devido a fatores biológicos psicológicos e sociais (20). Por mais adaptativos que seja o papel da dor, os efeitos adversos causados na função e bem-estar social e psicológicos é um fator que deve ser considerado (20).

A dor pode ser classificada de acordo com seu mecanismo entre nociceptiva, neuroplástica e nociplástica (21). A dor nociceptiva é descrita como a existência de algum dano no tecido no qual estimula receptores de dor, e tende a diminuir de acordo com o tempo de cicatrização. A dor neuropática é descrita como queimação, pulsante, picada ou tiro, definida como uma dor que surge como consequência direta de uma lesão ou patologia que afeta o sistema nervoso periférico ou central, podendo ter sua origem metabólica como é o caso de condições neurodegenerativas, neuropatia diabética, entre outros (22).

A dor nociplástica ocorre quando não existe dano real nos tecidos e tem como seu principal mecanismo a sensibilização central. Este tipo de dor não está diretamente relacionado com a ativação dos receptores de dor, histórico de lesão, dano ou doença no sistema nervoso (23).

A dor patelofemoral (DPF) é uma condição caracterizada por uma dor retro e peri patelar ao agachar, subir e descer escadas, ao ajoelhar e ao permanecer longos períodos na posição sentada (1). É descrita como uma dor vaga, localizada difusamente na parte anterior do joelho, de início insidioso que pode persistir cronicamente (2). A DPF pode estar presente na ausência de danos estruturais à cartilagem articular. Entretanto, fatores que desafiam a tolerância à carga da articulação resultante de disfunções nas forças biomecânicas como o mau alinhamento patelar, fraqueza de grupos musculares como quadríceps, abdutores do quadril e rotadores externos, além do atraso na ativação do músculo vasto medial, a inflexibilidade da extremidade inferior e pronação excessiva do pé, estão relacionadas com queixas nas atividades que promovem o aumento do estresse na articulação patelofemoral como a flexão prolongada do joelho, sentar, agachar, subir e descer escadas, correr, pular, ajoelhar-se e deambular (3,4). Os pacientes portadores de sintomas da DPF podem relatar sintomas de travamento ou flambagem do joelho durante a caminhada e apesar de

patologias estruturais não estarem necessariamente correlacionadas com a causa da dor, ainda assim pode causar uma limitação nas atividades de vida diária e um declínio na participação esportiva de muitos atletas (2).

1.1. Prevalência

A prevalência da DPF é de 25% a 45% de todos os problemas de joelho, em indivíduos fisicamente ativos. Para o sexo feminino, prevalência pode dobrar ou triplicar em comparação ao sexo masculino (4). Acredita-se que essa maior prevalência do sexo feminino se deva ao fato das variações anatômicas e biomecânicas específicas da DPF. (5) Acredita-se que essa maior prevalência no sexo feminino se deva às variações anatômicas e biomecânicas específicas da DPF (6,7).

1.2. Etiologia

A DPF é uma condição multifatorial e está relacionada às seguintes condições: trauma direto na articulação patelofemoral, sobrecarga mecânica articular devido a anatomia corporal, variações anatômicas do alinhamento patelar, desequilíbrios musculares, alterações degenerativas fatores psicossociais e ou a combinação desses fatores (3). Esses elementos influenciam no controle muscular do quadril comprometendo a distribuição de forças que atuam na articulação patelofemoral, resultando em um aumento do estresse articular nessa região devido a alteração cinética e cinemática, contribuindo para a DPF (8,9).

A etiologia da DPF é historicamente associada a desequilíbrios de força e ativação na musculatura quadricipital. No entanto novas pesquisas voltadas para a musculatura proximal do quadril identificaram que indivíduos com DPF possuem fraqueza dos músculos rotadores externos e abdutores do quadril (8,10,11). Atividades funcionais, especialmente aquelas realizadas em apoio unipodal, dependem da ativação dos músculos do quadril para evitar movimentos de adução e rotação interna do quadril. Em indivíduos em que essa ativação está deficitária sendo por motivos de fraqueza ou incoordenação, pode ocorrer um alinhamento desfuncional da articulação do membro inferior, contribuindo para o desenvolvimento da DPF (12,13). Embora ainda não haja um consenso claro sobre a etiologia da síndrome da DPF, estudos sugerem que o desvio anatômico da patela pode ter um papel importante no desenvolvimento dessa condição.

1.3. Fatores de Risco

Pensava-se que muito em pontos de vista biomecânicos para justificar o estresse patelofemoral e a DPF, mas embora desalinhamentos estáticos e dinâmicos, aumento do ângulo Q, valgo dinâmico do joelho, ângulo de rotação interna do quadril, pronação e frouxidão ligamentar generalizada representem fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia, é fundamental entender que é preciso reconhecer esses fatores para uma abordagem mais individualizadas a fim de direcionar o tratamento e ajudar a prevenir episódios recorrentes (3). Além de variações anatômicas específicas, menor espessura da cartilagem e maior pico de estresse da cartilagem durante atividades como caminhada em escadas e disparidade de membros inferiores (13), sabe-se que mulheres com DPF exibem maior movimento do quadril no plano transversal indicando uma biomecânica alterada no plano frontal sendo esse um importante fator de risco associados a DPF devido a predisposição para o aumento do valgo em rotação interna do fêmur, potencializando as chances de lateralização e inclinação da patela, assim como outros desequilíbrios envolvendo o rácio entre quadríceps e isquiotibiais (1,12).

1.4. Métodos Diagnósticos

O diagnóstico da DPF é obtido através do autorrelato do paciente referente seus sinais e sintomas sobre suas queixas físico funcionais, do que propriamente um diagnóstico através de exames de imagem que relate algum desgaste articular, alguma inflamação ou qualquer disfunção anatômica propriamente dita. (12) Isso porque ao longo dos estudos sobre o assunto, foi constatado que não existe um instrumento de medida específico para identificar aqueles que sofrem de DPF na comunidade. Existem medidas de auto-relato do resultado da DPF e medidas para identificar aqueles com uma variedade de distúrbios patelofemorais (10), mas que não são usuais para determinar quais indivíduos tem ou não DPF (14). Tanto estudos em populações com alto rendimento como é o caso de esportistas e militares, quanto estudos populacionais, utilizaram diretamente o exame clínico ou os dados de registros médicos para basearem a identificação da DPF (15). Para o diagnóstico do DPF no contexto clínico, primeiro se exclui a possibilidade de outras condições do joelho (13), além do auto-relato do paciente, os mapas de dor no joelho podem facilitar a localização da dor, mas esses isoladamente não podem necessariamente excluir outras condições associadas (14).

1.5. Questionário SNAPPS

O *Survey Instrument for Natural History, Aetiology, and Prevalence of Patellofemoral Pain Studies* (SNAPPS) foi criado com o objetivo de recolher dados sobre a DPF em diversas 3 populações, sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos para investigar a prevalência, história natural e possíveis causas de DPF (14). O questionário concentra-se em resultados autorreportados, relacionados às características da dor no joelho e o impacto nas atividades físicas diárias (28). O SNAPPS é uma ferramenta valiosa para a recolha de detalhes clínicos, como a localização e intensidade da dor durante atividades específicas, ajudando a compreender o impacto da DPF no dia a dia e na função física. Além de ser uma ferramenta que permite diferenciar a DPF de outras condições no joelho (28). Desenvolvido especificamente para identificar indivíduos com DPF na comunidade, o questionário SNAPPS está validado em 12 idiomas, incluindo o português (27). O questionário é dividido em quatro seções. A primeira seção recolhe dados demográficos, como sexo e idade, dando seguimento ao restante do questionário apenas se o participante tiver idade entre 18 e 40 anos. A segunda seção avalia se o indivíduo já procurou ajuda médica ou sentiu dores no joelho no último ano. A terceira seção com 14 subitens, avalia a presença de dor ou dificuldade em diferentes atividades, embora seus subitens não sejam utilizados para a pontuação do questionário (14). Ao longo do questionário, são feitas perguntas sobre cirurgias na região do joelho, em qual joelho se concentra o problema, se já houve deslocamento da patela, se já incharam, qual a duração do desconforto, além de perguntas referente a perda de função. A quarta seção utiliza uma imagem do joelho, onde o participante assinala livremente o local da dor (27).

1.6. Justificativa

Pensando na facilidade de obter dados epidemiológicos nacionais, uma vez que teremos uma ferramenta de autorrelato validada para diagnóstico da dor patelofemoral. Isso dispensaria o uso de exames de imagem, tornando o processo mais prático e menos custoso.

2. Métodos

2.1. Desenho de Estudo

A presente pesquisa trata-se de um estudo de validação de conteúdo e de constructo da versão Portuguesa do questionário SNAPPS.

2.2. Amostra

Foram incluídos 38 indivíduos com idade entre 18 e 40 anos, sendo 13 indivíduos com diagnóstico de DPF, 4 indivíduos com histórico de disfunções musculoesqueléticas relacionadas ao joelho como lesões meniscais ou ligamentares, e outros 22 indivíduos saudáveis, sem queixas de dor relacionada ao joelho. A perda amostral foi de 22 participantes.

2.3. Considerações Éticas

O projeto de Nº: CE0042 foi enviado para análise do comitê de ética em pesquisa da Escola Superior de Saúde Politécnico do Porto. Os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram, se assim consentirem, o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa será conduzida de acordo com a Declaração de Helsinki.

2.4. Instrumentos

2.4.1. SNAPPS

Para determinar a presença de DPF, somente as seções dois e quatro são pontuadas da seguinte maneira: Para a seção dois, a pontuação máxima para cada questão é 1 e a mínima é 0; Para cada resposta positiva a uma característica clínica indicativa de DPF (início gradual, problema bilateral, dor por um mês ou mais, principal problema ser dor e desconforto). Uma pontuação de 1 foi atribuída para cada resposta negativa a características não indicativas de DPF (inchaço, cirurgia anterior, luxação). Na presença de dor bilateral, uma pontuação máxima de 1 foi dada para cada característica clínica. Para a seção quatro, cada área (patela medial, patela lateral, e tendão patelar) recebem uma pontuação máxima de um. As áreas que estão fora dessas seções recebem uma pontuação

de 0. Cada joelho tem uma pontuação máxima de 3 e, portanto, a pontuação máxima disponível para a pesquisa é 10 e um score igual ou superior a 6 é considerado DPF (27). Os participantes que relataram não ter dor no joelho no último ano, lhes foi atribuído uma pontuação total de zero em cada seção e estes não precisariam dar continuidade ao preenchimento do questionário (27).

2.4.2. International Knee Documenttation Committee

O formulário de avaliação subjetiva do joelho, *International Knee Documenttation Committee* (IKDC) foi criado em 1987 com o objetivo de desenvolver um sistema internacional padronizado para a documentação de condições relacionadas ao joelho (25). A versão do questionário IKDC publicada em 2001, após algumas pequenas revisões consiste em 10 questões que avaliam a função e os sintomas relacionados ao joelho, abrangendo aspetos funcionais, estabilidade patelar e presença de dor. O questionário, traduzido e adaptado para o português do Brasil por Metsavaht e colaboradores, contém sete questões ligadas a sintomas como dor, rigidez, edema e falseio, duas questões relacionadas a habilidades (incluindo nove subitens referentes à funcionalidade pré e pós-lesão). A pontuação mínima para cada item é zero, e a classificação numérica das questões 2 e 3 foi invertida para que zero represente o nível mais alto de sintomas e 10 o nível mais baixo, alinhando-se com a estrutura de pontuação dos demais itens (26). Para o cálculo da pontuação final do IKDC, as questões 1, 4, 5, 7 e 9 variam entre 0 e 4, sendo 4 a melhor resposta e zero a pior. A pontuação da questão 6 é binária, com valores de 0 (sim) e 1 (não). O primeiro subitem da questão 10, que aborda a funcionalidade anterior à lesão não é incluído no cálculo do score. A questão 9 contém nove subitens, cada um pontuado individualmente. A soma das pontuações das dez questões deve ser dividida por 87 e multiplicada por 100, resultando numa pontuação que varia de 0 a 100, onde uma pontuação de 100 indica ausência de limitações funcionais e sintomas e quanto maior a pontuação, melhor é a funcionalidade e menores são os sintomas (26).

2.4.3. Kujala Anterior Knee Pain Scale

O questionário de identificação por áreas de distúrbios patelofemorais, conhecido como escala de Kujala, é composto por 13 itens de resposta fechada que avaliam a função da articulação do joelho, especificamente em indivíduos com histórico de dor e disfunção

patelofemoral. A pontuação total varia de zero a 100 pontos, sendo que valores mais elevados indicam melhor funcionalidade, enquanto pontuações mais baixas refletem maior comprometimento articular (24).

2.4.4. IMC

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o intervalo de índice de massa corporal (IMC) considerado normal é de 18 a 24,9 kg/m², sobrepeso 25,0 – 29,9 kg/m² e obesidade IMC igual ou maior de 30,0 kg/m². O índice é calculado pela razão entre o peso do indivíduo (em kg) e a altura ao quadrado (em m).

2.4.5. END

A Escala numérica da Dor (END), é considerada uma escala unidimensional, onde o participante atribui um valor numérico que represente sua dor. Essa escala contém 11 possibilidades (de 0 a 10), sendo uma medida simples e de fácil aplicação podendo ser utilizada tanto em dores crônicas como agudas. (34) Como mostrado no **anexo 4**. Para a avaliação de dor dos participantes do estudo foi solicitado que eles marcassem um número que demonstrasse a dor no joelho ao repouso e logo abaixo um número para classificar o nível de dor no joelho ao esforço.

2.5. Procedimentos

A versão traduzida para o Português de Portugal do questionário SNAPPS, de acordo com as recomendações de Beaton et al, 2008, (16) foi aplicada previamente em 34 indivíduos com diagnóstico de dor patelofemoral com o intuito de verificar o entendimento de cada item do score. Após esta etapa, para verificação da validade concorrente, a versão traduzida do questionário SNAPPS para o Português de Portugal foi aplicada em conjunto com os questionários IKDC e Kujala, de acordo com a amostra determinada para este estudo. O nível de compreensão dos participantes com relação a tradução do questionário foi avaliado e foi certificado de que os participantes entenderam todas as perguntas presentes.

2.6. Procedimentos estatísticos

Os dados descritivos da amostra foram representados por média (desvio padrão). O pressuposto da normalidade da distribuição dos dados foi analisado por meio da inspeção

visual dos histogramas e do teste de Shapiro-Wilk. O teste de Shapiro-Wilk demonstrou que os dados analisados apresentavam distribuição normal. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para analisar a correlação entre o questionário SNAPPS e o questionário Kujala, para indivíduos com histórico de lesões gerais do joelho, adotando-se um erro alfa de $p < 0.05$. Os dados foram representados com seus intervalos de confiança 95%. A análise estatística foi realizada por meio do software IBM SPSS Statistics versão 29.0.

3. Resultados

A idade média dos participantes é de 26,36 anos com um desvio padrão (DP) de 5,36 anos, indicando uma população relativamente jovem, mas com uma variação moderada entre os participantes devido a inclusão tanto de jovens quanto de participantes já em idade adulta. O grupo é composto por 51,28% de indivíduos do sexo masculino e 48% do sexo feminino, proporcionando uma amostra equilibrada em termos de sexo, com uma ligeira predominância de homens.

Com base na distribuição dos valores de IMC ilustrados na **tabela 1**, a média dos participantes (n=21,10) foi classificada como tendo peso normal (18,5 – 24,9). Entretanto, 6 estudantes foram identificados com excesso de peso, 1 apresentou obesidade de classe 1, e 8 estão na classificação de baixo peso o que justifica um DP de 5,07. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino. (17)

O tempo médio de dor ou lesão é de 22,84 meses, com um DP de 35,90 meses, o que revela uma alta variabilidade na duração da dor ou lesão entre os participantes. Esse alto desvio padrão sugere que alguns indivíduos podem estar convivendo com dor ou lesão por períodos significativamente mais longos que outros, o que impacta diretamente em resposta ao tratamento e bom prognóstico (29).

O score médio do questionário SNAPPS é de 2,89, indicando uma baixa pontuação média, o que sugere que muitos participantes não tem uma alta percepção de dor intensa ou incapacitante, no entanto o DP de 3,69 indica uma alta variabilidade nas percepções individuais de dor. A média do score IKDC é de 47,41, sugerindo uma funcionalidade física moderada ou deficiência significativa nos joelhos dos participantes. O baixo DP de 7,29 sugere uma variação menos acentuada entre os participantes deste grupo. O score médio do questionário Kujala é de 82,92 e se enquadra em uma faixa de participantes com boa função do joelho considerando que o a pontuação máxima é 100 e indica boa funcionalidade. No entanto o alto DP de 16,78 indica uma ampla dispersão nos resultados, o que pode refletir diferenças significativas na severidade das lesões de joelho entre os participantes deste grupo. O nível de compreensão dos participantes foi de mais de 90% para todas as questões apresentadas no questionário.

Tabela 1 – Demonstração das médias e desvio padrão das variáveis

Variáveis	média ± DP
Idade média	26,35 ± 5,35
Homens	51,28%
Mulheres	48,72%
IMC	21,10 ± 5,07
Tempo de dor ou lesão	22,84 ± 35,90
Média do score SNAPPS	2,89 ± 3,69
Média do score IKDC	47,41 ± 7,29
Média do score Kujala	82,92 ± 16,78

IMC – Índice de massa corporal; DP – desvio padrão; SNAPPS – Survey instrument for Natural history, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral Pain Studies; IKDC – International Knee Documenttation Committee.

Ao ser aplicado o teste estatístico para as variáveis dos questionários SNAPPS, Kujala e IKDC, foi possível observar que para esta amostra em específico, não foram observadas diferenças significativas entre elas conforme descrito na **tabela 2**.

Tabela 2 – Correlação entre o questionário SNAPPS e os questionários Kujala e IKDC

Score	Coefficiente de correlação Pearson	de Intervalo de confiança 95%	de p-valor
Kujala	-0,244	-0,701 a 0,355	0,42
IKDC	-0,112	-0,968 a 0,953	0,88

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo validar a versão traduzida para a língua portuguesa do questionário SNAPPS. Os principais achados indicam que não houve correlação significativa entre o questionário SNAPPS e os questionários Kujala e IKDC, utilizados para avaliar a função do joelho. Essa ausência de correlação é devido às diferentes naturezas dos questionários, uma vez que o SNAPPS é focado no diagnóstico da DPF, enquanto Kujala e IKDC são voltados para mensurar o grau de acometimento funcional dos pacientes com efecções no joelho.

O questionário SNAPPS tem grande relevância no contexto clínico, devido ao fato de ser uma ferramenta específica para avaliar a DPF proporcionando uma avaliação subjetiva e direta da dor, além de ser um questionário de autorreporte conveniente e de baixo custo. Embora já tenha sido traduzida para mais de 10 idiomas incluindo o Português de Portugal, essa ferramenta ainda não foi validada no país impedindo de ser amplamente explorado na população portuguesa. O processo de validação de um questionário exige diferentes etapas a serem seguidas para garantir que a ferramenta meça o que se propõe a medir e que é aplicável ao público-alvo como por exemplo a validação do conteúdo, a validação de constructo, validação de critério, confiabilidade, validade discriminativa e a sensibilidade à mudança. Os questionários Kujala e IKDC já passaram pelos processos de validação e são amplamente aceitos na comunidade clínica e científica como ferramentas confiáveis para medir a função do joelho, especialmente em condições de disfunção patelofemoral (25, 26, 27, 30). Um estudo semelhante, que validou o Questionário Norwich utilizou o procedimento proposto por Price et al (33). e obtiveram sucesso na tradução, adaptação cultural e validação do score *Norwich Patellar Instability Score* (NPI) para uso na população brasileira, fazendo ainda correlação com dois outros questionários: Lysholm e Kujala (32). Entretanto a diferença entre este estudo e o que foi proposto para a validação do questionário SNAPPS para o português de Portugal, é que os dois questionários utilizados para a validação do score NPI, tinham o mesmo objetivo, diferentemente dos questionários Kujala e IKDC para o SNAPPS. Um impeditivo a ser considerado também e muitas vezes questionado pelos participantes foi a falta de uma versão on line que pudesse ser preenchida de maneira mais acessível por mais pessoas. O que nos leva a compreender o número reduzido de pessoas participantes. Durante a validação deste mesmo questionário para a versão Árabe e Tailandesa os autores propuseram um intervalo de tempo de 30 minutos entre as

avaliações com o objetivo de acomodar potenciais flutuações na intensidade da dor e maior conveniência dos participantes. Dado o fato de que o estudo demonstrou excelente confiabilidade, tornando assim as duas versões aplicáveis nos respectivos países (30, 31). Outro fator importante a ser considerado é o número reduzido de participantes, o que influenciou os resultados. A alta perda amostral durante o estudo limitou a possibilidade de uma análise estatística mais robusta e precisa das relações entre os scores dos questionários. Essa limitação amostral reduz a capacidade de generalizar os achados e diminui o poder estatístico do estudo, tornando necessária a realização de novas investigações com uma amostra maior e mais homogênea. A pesquisa encontrou várias limitações durante o processo de validação, sendo a primeira delas o fato de que a tradução e validação foram feitas em momentos diferentes. O tradutor da versão para o Português de Portugal foi contactado via e-mail e não foram obtidas respostas impedindo melhores detalhes sobre o processo. Os candidatos que se comprometeram a participar do estudo, quando contactados para a segunda fase, se negaram a responder a segunda fase, ou não deixaram nenhuma forma de contacto, ou não atenderam às ligações feitas em diferentes dias. O que culminou em uma grande perda amostral.

5. Conclusão

Em conclusão, embora não tenha sido possível estabelecer uma correlação entre o SNAPPS e os questionários Kujala e IKDC neste estudo, as diferenças nos objetivos de cada instrumento e a perda amostral devem ser levadas em consideração, uma vez que em outros países este questionário se mostra aplicável e eficaz para o diagnóstico clínico da DPF. Estudos futuros com amostras mais amplas permitirão análises mais aprofundadas para confirmar a aplicabilidade do SNAPPS na população portuguesa.

Referências Bibliográficas

1. Petersen W, Ellermann A, Gösele-Koppenburg A, Best R, Rembitzki IV, Brüggemann GP, et al. Patellofemoral pain syndrome. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*. 2014;22(10):2264–74.
2. Crossley KM, Stefanik JJ, Selfe J, Collins NJ, Davis IS, Powers CM, et al. 2016 Patellofemoral pain consensus statement from the 4th International Patellofemoral Pain Research Retreat, Manchester. Part 1: Terminology, definitions, clinical examination, natural history, patellofemoral osteoarthritis and patient-reported outcome m. *Br J Sports Med* [Internet]. 2016;50(14):839–43. Available from: <http://bjsm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bjsports-2016-096384>
3. Neal BS, Lack SD, Lankhorst NE, Raye A, Morrissey D, Van Middelkoop M. Risk factors for patellofemoral pain: A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2019;53(5):270– 81.
4. Rothermich MA, Glaviano NR, Li J, Hart JM. Patellofemoral pain. *Epidemiology, pathophysiology, and treatment options*. *Clin Sports Med*. 2015;34(2):313–27.
5. Willy RW, Hoglund LT, Christian , Barton J, Bolgla LA, Scalzitti DA, et al. Clinical Practice Guidelines Patellofemoral Pain. *J Orthop Sports Phys Ther* [Internet]. 2019;49(9):1–95. Available from: www.jospt.org
6. Waiteman MC, Briani RV, Pazzinatto MF, Ferreira AS, Ferrari D, de Oliveira Silva D, et al. Relationship between knee abduction moment with patellofemoral joint reaction force, stress and self-reported pain during stair descent in women with patellofemoral pain. *Clinical Biomechanics* [Internet]. 2018;59:110–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2018.09.012>
7. Schwane BG, Goerger BM, Goto S, Blackburn JT, Aguilar AJ, Padua DA. Trunk and lower extremity kinematics during stair descent in women with or without patellofemoral pain. *J Athl Train*. 2015;50(7):704–12.
8. Souza RB, Draper CE, Fredericson M, Powers CM. Femur rotation and patellofemoral joint kinematics: A weight-bearing magnetic resonance imaging analysis. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2010;40(5):277–85.
9. Barton CJ, Lvinger P, Crossley KM, Webster KE, Menz HB. The relationship between rearfoot, tibial and hip kinematics in individuals with patellofemoral pain

- syndrome. *Clinical Biomechanics* [Internet]. 2012;27(7):702–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2012.02.007>
10. Powers CM. The influence of abnormal hip mechanics on knee injury: A biomechanical perspective. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2010;40(2):42–51.
 11. Powers CM. The Influence of Altered Lower-Extremity Kinematics on Patellofemoral Joint Dysfunction: A Theoretical Perspective. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2003;33(11):639–46.
 12. Khayambashi K, Mohammadkhani Z, Ghaznavi K, Lyle MA, Powers CM. The effects of isolated hip abductor and external rotator muscle strengthening on pain, health status, and hip strength in females with patellofemoral pain: A randomized controlled trial. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2012;42(1):22–9.
 13. Dutton RA, Khadavi MJ, Fredericson M. Patellofemoral Pain. Vol. 27, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2016. p. 31–52.
 14. Dey P, Callaghan M, Cook N, Sephton R, Sutton C, Hough E, et al. A questionnaire to identify patellofemoral pain in the community: An exploration of measurement properties. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016 May 31;17(1).
 15. Hsiao M, Owens BD, Burks R, Sturdivant RX, Cameron KL. Incidence of acute traumatic patellar dislocation among active-duty united states military service members. *American Journal of Sports Medicine*. 2010 Oct;38(10):1997–2004.
 16. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of CrossCultural Adaptation of Self-Report Measures. Vol. 25, *SPINE*.
 17. Saadati, H. M., Sabour, S., Mansournia, M. A., Mehrabi, Y., & Nazari, S. S. H. (2021). The Direct Effect of Body Mass Index on Cardiovascular Outcomes among Participants Without Central Obesity by Targeted Maximum Likelihood Estimation. O Efeito Direto do Índice de Massa Corporal nos Resultados Cardiovasculares entre Participantes sem Obesidade Central pela Estimativa por Máxima Verossimilhança Direcionada. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 116(5), 879–886. <https://doi.org/10.36660/abc.20200231>

18. Heller, G. Z., Manuguerra, M., & Chow, R. (2016). How to analyze the Visual Analogue Scale: Myths, truths and clinical relevance. *Scandinavian journal of pain*, 13, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.012>
19. Loeser, J. D., & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137(3), 473–477. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.025>
20. Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
21. de Moraes Vieira EB, Garcia JB, da Silva AA, Mualem Araujo RL, Jansen RC. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in Sao Luis, Brazil. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(2):239–51.
22. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. 2019;160(1):53–9.
23. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):368–84.
24. da Cunha, R. A., Costa, L. O., Hespanhol Junior, L. C., Pires, R. S., Kujala, U. M., & Lopes, A. D. (2013). Translation, cross-cultural adaptation, and clinimetric testing of instruments used to assess patients with patellofemoral pain syndrome in the Brazilian population. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 43(5), 332–339. <https://doi.org/10.2519/jospt.2013.4228>
25. Collins, N. J., Misra, D., Felson, D. T., Crossley, K. M., & Roos, E. M. (2011). Measures of knee function: International Knee Documentation Committee (IKDC) Subjective Knee Evaluation Form, Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score Physical Function Short Form (KOOS-PS), Knee Outcome Survey Activities of Daily Living Scale (KOS-ADL), Lysholm Knee Scoring Scale, Oxford Knee Score (OKS), Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), Activity Rating Scale (ARS), and Tegner

- Activity Score (TAS). *Arthritis care & research*, 63 Suppl 11(0 11), S208–S228.
<https://doi.org/10.1002/acr.20632>
26. Metsavaht, L., Leporace, G., Riberto, M., de Mello Sposito, M. M., & Batista, L. A. (2010). Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form: validity and reproducibility. *The American journal of sports medicine*, 38(9), 1894–1899.
<https://doi.org/10.1177/0363546510365314>.
27. Yusuf, M., Dey, P., Callaghan, M., Relph, N., Gichuru, P., Pinner, S., Ashbrook, J., Ashman, J., Goodwin, P., Macdonald, R., & Selfe, J. (2021). Validation and utilisation of a digital version of the survey instrument for natural history, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral pain studies (eSNAPPS). *Physical therapy in sport : official journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Sports Medicine*, 50, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2021.04.002>
28. Xu, X., Yao, C., Wu, R., Yan, W., Yao, Y., Song, K., Jiang, Q., & Shi, D. (2018). Prevalence of patellofemoral pain and knee pain in the general population of Chinese young adults: a community-based questionnaire survey. *BMC musculoskeletal disorders*, 19(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2083-x>
29. Akin-Akinyosoye, K., James, R. J. E., McWilliams, D. F., Millar, B., das Nair, R., Ferguson, E., & Walsh, D. A. (2021). The Central Aspects of Pain in the Knee (CAP-Knee) questionnaire; a mixedmethods study of a self-report instrument for assessing central mechanisms in people with knee pain. *Osteoarthritis and cartilage*, 29(6), 802–814. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2021.02.562>
30. Darabseh, M. Z., Aburub, A., Altam, T. A., Al Abbad, B., & Bashaireh, K. (2024). Validity and Reliability of an Arabic Version of the Survey Instrument for Natural History, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral Pain Studies: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 21(6), 732.
<https://doi.org/10.3390/ijerph21060732>
31. Brady, W. S., Boonprakob, Y., Kwangsawad, T., Buahong, A., Asawaniwed, P., Khachornsangcharoen, N., Callaghan, M., & Selfe, J. (2021). Thai version of the Survey Instrument for Natural History, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral Pain: Cross-cultural validation and test-retest reliability. *Asia-Pacific journal of*

- sports medicine, arthroscopy, rehabilitation and technology, 26, 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.asmart.2021.05.005>
32. Arrebola, L. S., Campos, T. V. O., Smith, T., Pereira, A. L., & Pinfildi, C. E. (2019). Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Norwich Patellar Instability score for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 137(2), 148–154. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0393280119>
33. Price, V. E., Klaassen, R. J., Bolton-Maggs, P. H., Grainger, J. D., Curtis, C., Wakefield, C., Dufort, G., Riedlinger, A., Soltner, C., Blanchette, V. S., & Young, N. L. (2009). Measuring disease-specific quality of life in rare populations: a practical approach to cross-cultural translation. *Health and quality of life outcomes*, 7, 92. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-92>.
34. Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>

Anexos:

Anexo 1: Versão em português do questionário IKDC

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DO JOELHO

COMITÊ INTERNACIONAL DE DOCUMENTAÇÃO DO JOELHO (IKDC, 2000)

Nome: _____ Sexo: F ___ M ___

Data: _____ Data de Nascimento: _____

Lesão: _____

Data da Lesão: _____

As respostas devem ser graduadas no mais alto nível de atividade que você acha que pode executar sem sintomas significativos, mesmo que você não esteja realizando-as regularmente.

SINTOMAS

1. Qual é o mais alto nível de atividade física que você pode realizar sem sentir dor significativa no joelho?

- Atividade muito vigorosa (como saltar ou girar o tronco como no basquete ou futebol)
- Atividade vigorosa (como realizar exercícios físicos intensos como surfe, jogar vôlei ou tênis)
- Atividade moderada (como realizar exercícios físicos moderados na academia, correr ou trotar)
- Atividade leve (como andar, realizar trabalhos domésticos ou jardinagem)
- Incapaz de realizar qualquer uma das atividades acima em virtude da dor no joelho

2. Desde sua lesão ou durante as últimas quatro semanas, com que frequência você tem sentido dor?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca												Constantemente

3. Se você tiver dor, qual a intensidade?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sem dor												Pior dor imaginável

4. Desde a sua lesão ou durante as quatro últimas semanas quão rígido ou inchado esteve seu joelho?

- Nem um pouco
- Pouco
- Moderado
- Muito
- Extremamente

5. Qual é o mais alto nível de atividade física que você pode realizar sem que cause inchaço significativo no joelho?

- Atividade muito vigorosa (como saltar ou girar o tronco como no basquete ou futebol)
- Atividade vigorosa (como realizar exercícios físicos intensos como surfe, jogar vôlei ou tênis)
- Atividade moderada (como realizar exercícios físicos moderados na academia, correr ou trotar)
- Atividade leve (como andar, realizar trabalhos domésticos ou jardinagem)
- Incapaz de realizar qualquer uma das atividades acima em virtude do inchaço no joelho

6. Desde a sua lesão ou durante as últimas quatro semanas seu joelho já travou?

- Sim Não

7. Qual é o mais alto nível de atividade física que você pode realizar sem falseio significativo no joelho?

- Atividade muito vigorosa (como saltar ou girar o tronco como no basquete ou futebol)
- Atividade vigorosa (como realizar exercícios físicos intensos como surfe, jogar vôlei ou tênis)
- Atividade moderada (como realizar exercícios físicos moderados na academia, correr ou trotar)
- Atividade leve (como andar, realizar trabalhos domésticos ou jardinagem)
- Incapaz de realizar qualquer uma das atividades acima em virtude do falseio no joelho

ATIVIDADES ESPORTIVAS

8. Qual é o mais alto nível de atividade física que você pode participar de forma regular?

- Atividade muito vigorosa (como saltar ou girar o tronco como no basquete ou futebol)
- Atividade vigorosa (como realizar exercícios físicos intensos como surfe, jogar vôlei ou tênis)
- Atividade moderada (como realizar exercícios físicos moderados na academia, correr ou trotar)
- Atividade leve (como andar, realizar trabalhos domésticos ou jardinagem)
- Incapaz de realizar qualquer uma das atividades acima em virtude do joelho

9. Quanto o seu joelho afeta a sua habilidade de:

		Sem Dificuldade	Fácil	Moderado	Difícil	Incapaz
a	Subir escadas					
b	Descer escadas					
c	Ajoelhar de frente					
d	Agachar					
e	Sentar com os joelhos dobrados					
f	Levantar-se de uma cadeira					
g	Correr para frente					
h	Saltar e aterrissar com a perna lesionada					
i	Frear e acelerar rapidamente					

FUNÇÃO

10. Em uma escala de 0 a 10 (sendo 10 normal e 0 incapaz de realizar suas atividades diárias), como você avaliaria o seu joelho?

Funcionalidade anterior a lesão no joelho:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não consegue executar nenhuma atividade da vida diária												Sem limitações nas atividades da vida diária

Funcionalidade atual do joelho:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não consegue executar nenhuma atividade da vida diária												Sem limitações nas atividades da vida diária

Anexo 2: Versão em português do questionário Kujala

Questionário Kujala

	PONTOS
1. Ao andar, você manca? A. Não (5) B. As vezes (3) C. Sempre (0)	
2. Você sustenta o peso do corpo? A. Sim, totalmente sem dor (5) B. Sim, mas com dor (3) C. Não, é impossível (0)	
3. Você caminha: A. Sem limite de distância (5) B. Mais de 2 km (3) C. Entre 1 a 2 km (2) D. Sou incapaz de caminhar (0)	
4. Para subir e descer escadas você: A. Não tem dificuldade (10) B. Tem leve dor apenas ao descer (8) C. Tem dor ao descer e ao subir (5) D. Não consegue subir nem descer escadas (0)	
5. Para agachar você: A. Não tem dificuldade (5) B. Sente dor após vários agachamentos (4) C. Sente dor em um/cada agachamento (3) D. Só é possível descarregando parcialmente o peso do corpo na perna afetada (2) E. Não consegue (0)	
6. Para correr você A. Não tem dificuldade (10) B. Sente dor após 2km (8) C. Sente dor leve desde o início (6) D. Sente dor forte (3) E. Não consegue (0)	
7. Para pular você: A. Não tem dificuldade (10) B. Tem leve dificuldade (7) C. Tem dor constante (2) D. Não consegue (0)	
8. Em relação á sentar-se prolongadamente com os joelhos flexionados: A. Não sente dor (10) B. Sente dor ao sentar somente após realização de exercícios (8) C. Sente dor constante (6) D. Sente dor que faz com que tenha que estender os joelhos por um tempo (4) E. Não consegue (0)	
9. Você sente dor no joelho afetado? A. Não (10)	

<ul style="list-style-type: none"> B. Leve e às vezes (8) C. Tenho dor que prejudica o sono (6) D. Forte e às vezes (3) E. Forte e constante (0) 	
<p>10. Quanto ao inchaço:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Não apresento (10) B. Tenho apenas após muito esforço (8) C. Tenho após atividades diárias (6) D. Tenho toda noite (4) E. Tenho constantemente (0) 	
<p>11. Movimento anormal doloroso da patela ao ajoelhar-se (subluxação)</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Está ausente (10) B. Às vezes em atividades esportivas (6) C. Às vezes em atividades diárias (4) D. Pelo menos um deslocamento comprovado (2) E. Mais de dois deslocamentos (0) 	
<p>12. Você perdeu massa muscular (atrofia) da coxa?</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Nenhuma (5) B. Pouca (3) C. Muita (0) 	
<p>13. Você tem dificuldade para dobrar o joelho afetado?</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Nenhuma (5) B. Pouca (3) C. Muita (0) 	

Anexo 3: Versão em português de Portugal do questionário SNAPPS



SNAPPS- Survey instrument for Natural history, Aetiology and Prevalence of Patellofemoral pain Studies

(Instrumento de Rastreio para Estudos de Dor Patelofemoral – historia, etiologia e prevalencia)

Q1.1 Tem mais de 18 anos? Sim Nao

Q1.2 Tem menos de 40 anos? Sim Nao

Q1.3 Que idade tem? Anos de idade

Se tem idade compreendida entre 18 e 40 anos por favor prossiga para a Q2.

Q2 **Alguma vez** recorreu a um medico devido a problemas relacionados com od joelhos? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao).

Sim Nao

Q3 **Durante o ultimo ano** teve problemas ou sentiu dor nos joelhos ou na area a volta dos joelhos? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao).

Sim Nao

Se respondeu sim a Q3, por favour prossiga para Q4.

Se repondeu nao a Q3, por favour prossiga para Q14.

Q4 Em qual joelho teve dor ou problemas? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

- Apenas no joelho esquerdo
- Apenas no joelho direito
- Em ambos os joelhos

SNAPPS Questionnaire (version 5.1) – Portuguese
SNAPPS committee approved version

Q5 Já foi sujeito a cirurgia nos joelhos? (Incluindo artroscopia) (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

- Não
- Sim, apenas no joelho esquerdo
- Sim, apenas no joelho direito
- Sim, em ambos os joelhos

Q6 Alguma vez a sua rótula saiu do lugar? (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

- Não
- Sim, apenas no joelho esquerdo
- Sim, apenas no joelho direito
- Sim, em ambos os joelhos

Q7 Desde que começaram os seus problemas nos joelhos **alguma vez incharam?** (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

- Não
- Sim, apenas no joelho esquerdo
- Sim, apenas no joelho direito
- Sim, em ambos os joelhos

Q8 Teve dor e desconforto **por mais de um mes?** (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9a Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades quando se **senta por um period prolongado de tempo?** (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9b Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades em **subir escadas?** (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9c Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades em **descer escadas?** (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9d Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades em **agachar-se?** (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9e Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades em **permanecer de pe por longos periodos de tempo?** (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9f Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **quando caminha numa superfície plana?** (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

Não

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9g Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **em levantar-se de uma cadeira?** (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

Não

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9h Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **em ajoelhar-se?** (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

Não

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9l Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **quando salta numa so perna (pe-coxinho)**? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9m Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **quando salta**? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9n Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **quando corre**? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

Nao

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9i Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **quando caminha numa superfície irregular?** (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

Não

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9j Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **quando desce uma superfície inclinada?** (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

Não

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Q9k Devido ao seu problema nos joelhos sente dor ou tem dificuldades **quando sobe uma superfície inclinada?** (Por favor assinale com uma cruz uma única opção)

Não

Sim, apenas no joelho esquerdo

Sim, apenas no joelho direito

Sim, em ambos os joelhos

Vamos agora colocar-lhe algumas questoes acerca de cada joelho.

Comecando pelo joelho **direito**.

Q10a Tendo em conta o seu joelho **direito**, qual considera ser o seu **problema principal**? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

- Dor ou desconforto
- O joelho bloqueia
- O joelho falha ou da a sensacao que vai falhar
- Nao tenho problemas neste joelho

Q10b Tendo em conta o seu joelho **direito**, o seu problema actual surgiu
(Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

- Devido a uma lesao subita, por exemplo torcao, queda ou acidente, que o levou a consultar um medico
- Gradualmente ao longo de um periodo de tempo
- Nem gradualmente nem devido a uma lesao subita
- Nao tenho a certeza, nao me lembro
- Nao tenho problemas neste joelho

Vamos agora colocar-lhe algumas questoes acerca do seu joelho **esquerdo**.

Q11a Tendo em conta o seu joelho **esquerdo**, qual considera ser o seu **problema principal**? (Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao)

- Dor ou desconforto
- O joelho bloqueia
- O joelho falha ou da a sensacao que vai falhar
- Nao tenho problemas neste joelho

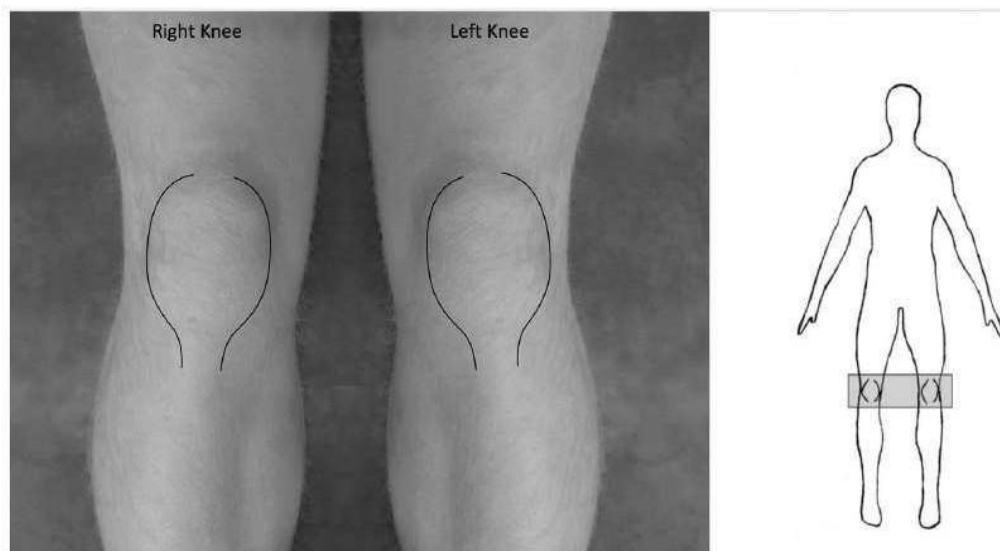
Q11b Tendo em conta o seu joelho **esquerdo**, o seu problema actual surgiu
(Por favor assinale com uma cruz uma unica opcao))

- Devido a uma lesao subita, por exemplo torcao, queda ou acidente, que o levou a consultar um medico
- Gradualmente ao longo de um periodo de tempo
- Nem gradualmente nem devido a uma lesao subita
- Nao tenho a certeza, nao me lembro
- Nao tenho problemas neste joelho

Q 12 Por favor, durante um momento, pense sobre onde lhe doi no seu joelho.

Gostaríamos que considerasse que esta é uma imagem dos seus joelhos.

Por favour use pequenas cruces para assinalar onde sente dor. Pode usar varias cruces se necessario.



Se sente dor na parte **posterior** do seu joelho **direito** assinale aqui

Se sente dor na parte **posterior** do seu joelho **esquerdo** assinale aqui

Q13 Considerando os seus dois joelhos, qual deles diria que lhe causa mais problemas?

Sempre o direito

Habitualmente o direito

Tanto o direito como o esquerdo

Habitualmente o esquerdo

Sempre o esquerdo

Anexo 4: Escala Numérica da Dor (END)

ESCALA DE DOR

