



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Fear of Pain Questionnaire: adaptação para o português europeu



Susana Cardoso^{a,b,c,*}, Daniel Esculpi^b, Ana Rita Carvalho^a, Diana R. Pereira^d, Sandra Torres^b, Francisco Mercado^c e Fernando Barbosa^a

^a Laboratório de Neuropsicofisiologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal

^b Centro de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal

^c Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Rey Juan Carlos, Madrid, Espanha

^d Laboratório de Neuropsicofisiologia – CIPsi, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 1 de junho de 2015

Aceito em 13 de outubro de 2015

On-line em 17 de fevereiro de 2016

Palavras-chave:

Dor crônica

Medo

Avaliação da dor

Ansiedade

R E S U M O

Em Portugal, estima-se que a dor crônica afete 36.7% da população, constituindo um fenômeno multifatorial com grande impacto em nível individual, familiar, comunitário e social. No modelo de medo-evitamento da dor, um dos mais consensuais na literatura, o medo surge como uma das variáveis que podem contribuir para o desenvolvimento e a manutenção dessa condição. Assim, instrumentos dedicados à avaliação do medo da dor, como o Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III), podem ser úteis na conceitualização da experiência subjetiva de dor. Em concordância, este trabalho tem como objetivo descrever a adaptação do FPQ-III para o português europeu. Preencheram o questionário pela internet 1.094 participantes (795 mulheres; idade média = 25,16, DP = 7,72). Os resultados obtidos apontam para uma solução fatorial diferente da encontrada no primeiro estudo da escala original (cinco fatores: dor leve, intensa, médica, de injeção e aflita), uma boa consistência interna (entre .75 e .85), boas correlações entre subescalas (entre .30 e .59) e entre essas e a pontuação total (entre .68 e .85). Perante a necessidade de atender a várias dimensões da experiência subjetiva de dor, o questionário de medo da dor assume-se como uma ferramenta útil que, em combinação com outras, pode contribuir para processos de avaliação e de intervenção progressivamente mais compreensivos e ajustados aos desafios levantados pela problemática de dor crônica.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The European Portuguese adaptation of the Fear of Pain Questionnaire

A B S T R A C T

In Portugal, it is estimated that chronic pain affects 36.7% of the population, constituting a multifactorial phenomenon with great impact on individual, family, community, and social

Keywords:

Chronic pain

* Autor para correspondência.

E-mail: susanacardoso2004@yahoo.es (S. Cardoso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.10.006>

0482-5004/© 2016 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fear
Pain assessment
Anxiety

levels. In the fear-avoidance model of pain, one of the most consistent consensus in the literature, the fear arises as one of the variables that can contribute to the development and maintenance of this condition. Thus, instruments for evaluating the fear of pain, as Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III), may be useful in the conceptualization of the subjective experience of pain. Accordingly, this paper aims to describe the adaptation of FPQ-III to the European Portuguese idiom. A total of 1,094 participants (795 female; mean age = 25.16, SD = 7.72 years old) completed the web based questionnaire. The results point to a different factor model found in the first study of the original scale (five factors: minor pain, severe pain, medical pain, injection pain, and afflicted pain), good internal consistency (0.75 to 0.85) and good correlations (between 0.30 and 0.59) between subscales and (between 0.68 e 0.85) for the total score and subscales. Given the need to meet the various dimensions of the subjective experience of pain, the Fear of Pain Questionnaire is assumed as a useful tool that, in combination with other tools, may contribute to the evaluation and intervention procedures progressively more comprehensive and adjusted to the challenges raised with the issue of chronic pain.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Falar de dor crônica significa falar de um fenômeno multifatorial com um impacto significativo quer em termos individuais, pois existem mudanças associadas ao funcionamento em atividades do dia a dia, bem-estar, sofrimento, saúde mental e física, quer em termos de outras dimensões, como seja a familiar, a comunitária e a socioeconômica. Embora seja reconhecido que a dor crônica tem um impacto relevante em vários níveis, é influenciada por múltiplas variáveis (modelo biopsicossocial),¹ a sua definição não é completamente consensual e pode variar em função da dinâmica sócio-histórico-cultural. Não obstante, uma das definições mais difundidas é a da International Association for Study of Pain (IASP),² que descreve a dor como uma experiência subjetiva, sensorial e emocional desagradável, por sua vez relacionada com danos atuais ou potenciais de tecidos, ou com uma descrição que pode ser contextualizada em termos de tais danos.

Essa complexidade na conceitualização da dor crônica também se reflete em termos dos modelos explicativos do fenômeno. Uma das abordagens mais investigadas é o modelo cognitivo-comportamental de medo-evitamento da dor, que começou por ser desenvolvido no contexto da dor lombar crônica,^{3,4} mas que também tem sido explorado em outras condições de dor, como a cefaleia e a fibromialgia.⁵⁻⁷ De acordo com esse modelo, o desenvolvimento e a manutenção da dor crônica dependem do tipo de resposta do sujeito perante a experiência de dor, que pode ser de enfrentamento ou de evitamento.^{3,4,8,9} Em um cenário de enfrentamento da dor, o indivíduo toma os passos necessários para restringir situações que possam dificultar o processo de recuperação, ao mesmo tempo em que procura gradualmente retomar as suas atividades. Portanto, o possível medo da dor enfraquece com a passagem do tempo. Já em um caso de evitamento da dor, o sujeito catastrofiza a experiência, o que significa que há um exacerçamento negativo dessa experiência a

ponto de se desenvolver um medo permanente da dor e/ou da relesão.⁴ Esse medo é caracterizado por comportamentos de fuga/evitamento de atividades que sejam perspectivadas como dolorosas (alterações da funcionalidade em atividades do cotidiano), por maior reatividade fisiológica, por alterações de humor (e.g., irritabilidade, frustração, depressão) e ainda por uma maior hipervigilância perante informação interna e externa que seja indicativa de dor.¹⁰ Assim, a catastrofização conduz ao desenvolvimento do medo da dor, gerando-se um ciclo de medo-evitamento que perpetua a manutenção da dor crônica e contribui para ela.¹¹

Em concordância com esse modelo, vários estudos têm demonstrado que o medo da dor constitui uma variável relevante na compreensão da experiência subjetiva de dor,¹² para além de se encontrar relacionada com o processo de catastrofização,¹³ de hipervigilância perante estímulos somáticos,¹⁴ e de estar diretamente implicada na explicação de alterações encontradas no nível da funcionalidade.^{13,15-19}

Tendo em consideração que as medidas de autorrelato podem ser úteis na conceitualização da experiência de dor, o presente trabalho tem por base uma medida específica do medo, o Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III),²⁰ que pode ser usado para analisar o medo da dor em uma área específica (e.g., dor médica) ou para avaliar a generalização do medo entre domínios. A partir do estudo original,²⁰ foi possível verificar que um elevado medo da dor se encontra associado a uma maior resposta de evitamento/fuga, para além de que pessoas com dor crônica tendem a reportar maior medo da dor. O FPQ-III²⁰ tem sido usado tanto com população saudável como com população com dor crônica, em diferentes contextos socioculturais, revelando boas propriedades psicométricas de confiabilidade e validade.^{1,20-22} Nesse âmbito, e considerando a utilidade desse instrumento em termos clínicos e de investigação, o principal objetivo do presente estudo é apresentar uma adaptação do FPQ-III²⁰ para o português, visto que até ao momento não existem dados disponíveis, tanto quanto é do nosso conhecimento, para a população portuguesa.

Material e métodos

Participantes

O método de amostragem foi não probabilístico, o questionário foi inicialmente divulgado para estudantes da Universidade do Porto (Portugal), aos quais também foi pedido que divulgassem o estudo em sua rede de contatos. Participaram deste estudo 1.094 indivíduos, dos quais 795 mulheres, recrutados da população portuguesa com acesso a computador e à internet, com uma média de 25,16 anos (DP = 7,72). De notar que foram excluídos todos os participantes cuja língua materna não era o português (n = 40).

Material

O FPQ-III²⁰ é um questionário breve, constituído por 30 itens, que são respondidos em uma escala tipo Likert de 5 pontos que varia de 1 (não de todo) a 5 (extremo). Cada item procura representar uma situação potencialmente dolorosa (e.g., partir uma perna, cortar o dedo com papel, tirar sangue com uma agulha endovenosa). Essas situações são relativamente comuns e acessíveis à experiência do sujeito, mesmo que de forma indireta pela partilha de experiências com terceiros. O FPQ-III²⁰ inclui três subescalas: dor leve, intensa e médica. Quanto maior a pontuação obtida (amplitude entre 30 e 150), maiores são os níveis de medo da dor. As propriedades psicométricas reportadas no estudo original são satisfatórias. Foram encontradas boas consistências internas ($\alpha = .92$ da escala total; $\alpha = .88$ da dor intensa; $\alpha = .87$ da dor ligeira; $\alpha = .92$ da dor médica) e boa confiabilidade teste-reteste ($\alpha = .74$ da escala total; $\alpha = .69$ da dor intensa; $\alpha = .73$ da dor ligeira; $\alpha = .76$ da dor médica).²⁰ Outros estudos concretizados com essa escala ou com versões adaptadas reportaram resultados semelhantes.²¹⁻²³

Procedimento

A tradução e adaptação cultural do questionário foi feita conforme a metodologia internacionalmente recomendada.²⁴⁻³⁰ Os passos a seguir foram a tradução, o pré-teste em amostra da população-alvo e a retroversão. Três profissionais de psicologia fizeram a tradução em paralelo para o português europeu a partir da versão original do FPQ-III.²⁰ As traduções foram analisadas por um painel conformado pelos três profissionais de psicologia e um perito em psicologia clínica. A versão que resultou dessa reunião foi administrada a três participantes-piloto, recorreu-se ao método de reflexão falada. Os três participantes tinham um grau de escolaridade médio/superior. Para esse efeito foi construído um protocolo com questões de resposta aberta, com o intuito de explorar a compreensão das instruções e o conteúdo dos itens e das opções de resposta. De uma forma geral, esse procedimento procurou testar se os conteúdos do questionário eram acessíveis e claros para o público-alvo da administração. Nenhum dos participantes que integrou o estudo-piloto sugeriu qualquer alteração, pelo que a versão final se manteve a mesma que tinha sido decidida na reunião de consenso. Por fim, procedeu-se à retroversão da versão final para língua inglesa

por um psicólogo bilingue inglês-português e foi comparada com a versão original, para garantir que o sentido dos itens estava preservado.²⁴⁻³⁰

A versão portuguesa foi inserida no Google Docs (2014, Google Inc., Califórnia, EUA) e administrada por meio do módulo de questionários online. Foi ainda inserida informação necessária ao consentimento informado (e.g., explicação do estudo, características de uma participação voluntária, tratamento confidencial) e ainda alguns itens dedicados à recolha de dados sociodemográficos. O link do questionário foi posteriormente divulgado a estudantes da Universidade do Porto (Portugal) via correio eletrónico, pediu-se também que o questionário fosse divulgado em suas redes de contato. No contexto do preenchimento do questionário, foram prestadas as seguintes instruções traduzidas a partir do original, segundo o processo mencionado anteriormente: "As frases listadas abaixo descrevem experiências dolorosas. Por favor, leia cada frase e pense quanto MEDO tem ao experienciar a DOR associada a cada frase. Se nunca experienciou a DOR descrita numa frase particular, por favor, responda com base no que esperaria sentir se tivesse tal experiência. Circule uma pontuação para cada frase, de forma a assinalar o MEDO À DOR em relação a cada um dos eventos".

Resultados

Na [tabela 1](#) são apresentados os resultados das estatísticas descritivas da versão portuguesa para cada item.

Análises fatoriais

Foi feita uma análise fatorial confirmatória para testar o modelo de três fatores sugerido pelos autores originais do Fear of Pain Questionnaire-III.²⁰ O modelo foi avaliado com o Comparative Fit Index (CFI), o Goodness of Fit Index (GFI) e o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Os índices de ajustamento (CFI = .76, GFI = .79, RMSEA = .09) não foram satisfatórios,³¹ portanto procedeu-se a uma análise fatorial exploratória.

As análises fatoriais do FPQ-III²⁰ no estudo original usaram rotação varimax. Trata-se de uma rotação ortogonal, que presume que os fatores extraídos são independentes uns dos outros (não apresentam correlações).^{32,33} A análise resultou em cinco fatores com *eigenvalues* superiores a 1, igualmente apoiados pela análise do *scree plot*.

A solução a cinco fatores (dor intensa, dor leve, dor médica, dor de injeção e dor aflita) representou 55,9% da variância total. O primeiro fator explicou 32,7% da variância (*eigenvalue* = 9,82), o segundo 8,45% (*eigenvalue* = 2,54), o terceiro 6,21% (*eigenvalue* = 1,86), o quarto 4,95% (*eigenvalue* = 1,49) e o quinto 3,58% (*eigenvalue* = 1,07).

A variância total explicada pela solução a cinco fatores é superior à dos resultados obtidos pelos autores da escala original²⁰ (51,0%). As cargas fatoriais para a solução a cinco fatores são apresentadas na [tabela 2](#).

Os itens 12, 22, e 24 foram excluídos da solução a cinco fatores, porque apresentavam cargas fatoriais abaixo de .50 e dupla saturação com diferenças menores do que .10 entre dois fatores.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas dos itens da versão portuguesa europeia do questionário FPQ-III

Itens	M	DP	Assimetria	Curtose
1. Ter um acidente de automóvel.	3,74	0,918	-0,470	-0,138
2. Morder a língua enquanto come.	2,15	0,954	0,671	0,079
3. Partir um braço.	3,27	1,051	-0,372	-0,502
4. Cortar a sua língua ao lambar um envelope.	2,23	1,059	0,660	-0,266
5. Ser atingido/a por um objeto pesado na cabeça.	3,56	1,035	-0,462	-0,349
6. Partir uma perna.	3,50	1,022	-0,505	-0,246
7. Bater com um osso sensível do cotovelo “choque no cotovelo”.	2,36	1,025	0,367	-0,534
8. Tirar sangue com uma agulha endovenosa.	2,02	1,108	0,961	0,108
9. Alguém a bater com uma porta de carro pesada na sua mão.	3,48	1,021	-0,429	-0,296
10. Cair de um lance de escadas de cimento.	3,45	0,952	-0,395	-0,204
11. Receber uma injeção no braço.	1,76	0,921	1,367	1,843
12. Queimar os dedos com um fósforo.	2,17	0,975	0,774	0,296
13. Partir o pescoço.	4,34	0,942	-1,699	2,726
14. Receber uma injeção na anca/nádegas.	2,09	1,056	0,809	-0,010
15. Ter uma lasca profunda na planta do pé examinada e removida com uma pinça.	2,63	0,995	0,263	-0,492
16. Ter um oftalmologista a remover uma partícula estranha presa no seu olho.	3,13	1,147	-0,049	-0,844
17. Receber uma injeção na sua boca.	2,72	1,154	0,235	-0,741
18. Ser queimado/a na face com um cigarro aceso.	3,40	1,040	-0,293	-0,522
19. Cortar o dedo com papel.	1,92	0,868	0,856	0,535
20. Receber pontos no lábio.	3,09	1,041	-0,036	-0,576
21. Ter um podologista a remover uma verruga do seu pé com um instrumento afiado.	2,71	1,035	0,167	-0,569
22. Cortar-se enquanto se barbeia/depila com uma lâmina afiada.	1,85	0,850	0,976	0,886
23. Beber um gole de uma bebida quente antes de ter arrefecido.	2,02	0,849	0,576	-0,089
24. Entrar sabão forte em ambos os olhos enquanto toma banho ou ducha.	1,93	0,869	0,873	0,700
25. Ter uma doença terminal que lhe causa dor diária.	4,54	0,792	-1,920	3,648
26. Tirar um dente.	2,61	1,074	0,276	-0,545
27. Vomitar repetidamente por causa de uma intoxicação alimentar.	2,74	1,004	0,079	-0,479
28. Ter areia ou pó dentro dos olhos.	2,27	0,943	0,597	0,052
29. Ter um dente broqueado,	2,52	1,017	0,332	-0,413
30. Ter uma cáibra muscular,	2,23	0,978	0,563	-0,160

Consistência interna

Intercorrelações subescala-subescala

Existem correlações positivas e significativas entre todas as subescalas. Especificamente, a subescala dor médica se encontra fortemente correlacionada com a subescala dor de injeção, $r(1.094) = .59$ e com a subescala dor aflita, $r(1.094) = .58$. A subescala dor intensa se encontra fortemente correlacionada com as subescalas dor médica, $r(1.094) = .54$, dor leve $r(1.094) = .49$, dor aflita, $r(1.094) = .45$ e dor de injeção, $r(1.094) = .30$. A subescala dor leve está fortemente correlacionada com as subescalas dor médica $r(1.094) = .57$, dor aflita $r(1.094) = .52$ e dor de injeção $r(1.094) = .41$. A subescala dor de injeção se encontra positiva e significativamente correlacionada com a subescala dor aflita $r(1.094) = .44$ (todas as correlações apresentaram $p < .01$).

Intercorrelações subescala-pontuação total

Existem também correlações positivas e significativas entre a pontuação total e as subescalas dor intensa $r(1.094) = .78$, dor leve $r(1.094) = .77$, dor médica $r(1.094) = .85$, dor de injeção $r(1.094) = .68$ e dor aflita $r(1.094) = .76$.

Alfa de Cronbach

A consistência interna das subescalas com os itens que resultaram da análise fatorial exploratória foi de $\alpha = .81$ para a subescalas dor leve, $\alpha = .85$ para dor intensa, $\alpha = .80$ para dor médica, $\alpha = .83$ para dor de injeção e $\alpha = .75$ para dor aflita. O alfa global foi de $\alpha = .92$.

Confiabilidade pelo método da bipartição

Igualmente foi calculado o índice de confiabilidade pelo método de bipartição. Para a escala total foi de $r(1.094) = .86$ e para as subescalas dor leve $r(1.094) = .78$, dor intensa $r(1.094) = .81$, dor médica $r(1.094) = .77$, dor de injeção $r(1.094) = .80$ e dor aflita $r(1.094) = .78$.

Discussão

O modelo de medo-evitamento da dor tem sido uma das conceitualizações cognitivo-comportamentais mais usadas para explicar o desenvolvimento e a manutenção de condições de dor crônica.²² Em concordância, o medo da dor aliado a outros fatores como a catastrofização e a ansiedade relacionada com a dor tem sido associado a um ajustamento menos adaptativo perante a experiência de dor, o que contrasta com outras respostas mais adaptativas, como o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento confrontativas, aceitação, abertura à mudança e maior autoeficácia.³⁴ Assim, o desenvolvimento, a adaptação, e a validação de instrumentos de avaliação direcionados ao medo da dor constituem um passo relevante na conceitualização subjetiva da experiência de dor, pelo que o presente estudo teve como principal objetivo adaptar para o português europeu e explorar algumas das propriedades psicométricas de um dos questionários mais usados nesse domínio, o FPQ-III.²⁰

Com base nos resultados obtidos, foi possível verificar que a versão portuguesa não reproduz a solução fatorial de três

Tabela 2 – Cargas fatoriais da solução a cinco fatores do FPQ-III

Itens	Dor leve	Dor intensa	Dor de injeção	Dor médica	Dor aflita
2. Morder a língua enquanto come.	0,700				
7. Bater com um osso sensível do cotovelo “choque no cotovelo”.	0,665				
4. Cortar a tua língua ao lamber um envelope.	0,662				
19. Cortar o dedo com papel.	0,649				
23. Beber um gole de uma bebida quente antes de ter arrefecido.	0,636				
24. Entrar sabão forte em ambos os olhos enquanto toma banho ou ducha.	0,562				0,507
22. Cortar-se enquanto se barbeia/depila com uma lâmina afiada.	0,500			0,417	
12. Queimar os dedos com um fósforo.	0,408			0,311	
6. Quebrar uma perna.		0,770			
3. Quebrar um braço.		0,743			
13. Quebrar o pescoço.		0,732			
5. Ser atingido/a por um objeto pesado na cabeça.		0,636			
10. Cair de um lance de escadas de cimento.		0,629			
1. Ter um acidente de automóvel.		0,600			
25. Ter uma doença terminal que lhe causa dor diária.		0,512			
9. Alguém a bater com uma porta de carro pesada na sua mão.		0,503			
11. Receber uma injeção no braço.			0,847		
8. Tirar sangue com uma agulha endovenosa.			0,813		
14. Receber uma injeção na anca/nádegas.			0,767		
17. Receber uma injeção na sua boca.			0,523		
16. Ter um oftalmologista a remover uma partícula estranha presa no seu olho.				0,628	
20. Receber pontos no lábio.				0,595	
18. Ser queimado/a na face com um cigarro aceso.				0,585	
21. Ter um podologista a remover uma verruga do seu pé com um instrumento afiado.				0,541	
15. Ter uma lasca profunda na planta do pé examinada e removida com uma pinça.				0,500	
29. Ter um dente broqueado.					0,694
27. Vomitar repetidamente por causa de uma intoxicação alimentar.					0,640
26. Tirar um dente.					0,608
28. Ter areia ou pó dentro dos olhos.					0,594
30. Ter uma câibra muscular.					0,505

fatores (dor leve, dor intensa, dor médica) proposta na escala original. Esse resultado era esperado, uma vez que várias investigações têm demonstrado que o modelo de três fatores com os 30 itens não é o mais ajustado.^{21,23,35,36}

Quanto à consistência interna do FPQ-III, no estudo original²⁰ foram encontrados valores de alfa de Cronbach entre .87 e .92 para a escala total e as subescalas. Em outros estudos, até com outros modelos fatoriais,^{21-23,35,36} os valores reportados permanecem próximos e acima de .70, tal como recomendado.³⁷ No mesmo sentido, a versão portuguesa do FPQ-III²⁰ com 27 itens revelou valores de alfa entre .85 (subescala de dor intensa) e .92 (escala total). Passando para as correlações entre as pontuações das subescalas e para as subescalas relativamente à pontuação da escala total, esses valores também são similares aos reportados em outras investigações^{20,23,35} e até ligeiramente superiores.

Os dados aqui apresentados para a versão portuguesa europeia do FPQ-III²⁰ são limitados, quer em termos da

exploração das propriedades psicométricas, dado que seria relevante testar outras propriedades de confiabilidade (e.g., estabilidade teste-reteste), quer de validade (e.g., validade convergente, validade divergente), quer em termos da possível generalização dos resultados encontrados, visto que as características da amostra encontram-se circunscritas maioritariamente a jovens estudantes universitários. Nesse sentido, validade convergente é quando os resultados estão de acordo com outros instrumentos que também avaliam o conceito e a validade discriminante, que é feita por meio da análise da sua validade de construto, avalia se os resultados obtidos pelo questionário corroboram os pressupostos teóricos relativos ao construto. Assim, futuros estudos podem focalizar-se na testagem de outras qualidades psicométricas do FPQ-III,²⁰ para além de ser essencial a obtenção de dados junto de outros grupos representativos da população comunitária e de outros contextos socioculturais, como seja o caso de pessoas mais velhas, com menos anos de educação formal e população

clínica. A partir desses pontos será possível concretizar incursões mais sistemáticas sobre a influência de variáveis clínicas e sociodemográficas no contexto do FPQ-III²⁰ e, de forma mais geral, no domínio do medo da dor.

Adicionalmente, é relevante lembrar que este é o primeiro estudo do FPQ-III²⁰ em que os dados foram recolhidos por meio de uma amostra da internet, o que também tem as suas vantagens e desvantagens.³⁸ Por um lado, é reconhecido que a recolha de dados online é uma metodologia útil que, em contraste com as abordagens tradicionais, facilita a recolha de dados em termos de tempo e de custos, para além de permitir uma divulgação mais ampla do estudo. Por outro lado, em termos relativos, é expectável que a percentagem de adesão ao estudo seja menor, bem como a amostra seja menos representativa da população, visto que pode existir um viés para participantes com maior nível educacional e com maior acesso a ferramentas tecnológicas,³⁹ o que, de resto, parece ter ocorrido neste estudo. No entanto, é relevante sublinhar que os resultados obtidos por meio da internet e da interação face a face tanto podem ser substancialmente diferentes^{39,40} como muito similares.⁴¹ Essa dinâmica depende de fatores como a temática em estudo, o alvo da investigação, a metodologia e os instrumentos usados. Importa, portanto, realçar que os resultados aqui reportados apresentaram vários pontos de convergência com outros estudos que implementaram uma abordagem tradicional de recolha face a face, especialmente no nível dos resultados respeitantes à estrutura fatorial, à consistência interna e às correlações entre a escala total e as subescalas, pelo que os dados obtidos por meio da administração online parecem ser comparáveis aos de uma metodologia face a face.

Em conclusão, o presente trabalho procurou fornecer dados sobre a adaptação portuguesa europeia do FPQ-III,²⁰ dada a relevância que o medo da dor tem recebido no âmbito do modelo de medo-evitamento da dor,^{3,4} o que se tem refletido em termos do desenvolvimento de investigações sobre processos de avaliação e de intervenção tendo em conta o possível papel dessa variável na dor crônica.^{16,19} O questionário é consistente, ou seja, todos os itens medem a mesma coisa dentro dos fatores definidos e parece ser confiável, dado que os índices de confiabilidade são aceitáveis. Nesse contexto, o FPQ-III²⁰ tem várias vantagens. A saber:^{20,23} é breve, fácil de aplicar e de cotar, pode ser usado tanto em contextos clínicos como de investigação; pode auxiliar na identificação, quer de pessoas cujo medo da dor pode interferir com o processo de recuperação e de intervenção, quer de pessoas com dor crônica que vivenciam um elevado medo da própria dor; pode ajudar a separar grupos de pessoas com menor/maior medo da dor; pode ser usado conjuntamente com outros instrumentos e metodologias para antecipar que pessoas podem potencialmente desenvolver condições de dor crônica e ajustar, assim, o processo de avaliação/intervenção. Não obstante, é necessário destacar que o FPQ-III²⁰ deve ser usado em combinação com outras ferramentas em termos de avaliação e de intervenção, tanto por ser uma medida de autorrelato, pelo que estamos a avaliar uma experiência subjetiva que pode ser sobrestimada ou subestimada, como por estarmos a lidar com um construto cujas características, direcionalidades e implicações não são totalmente claras no âmbito da evolução e da manutenção da dor crônica.¹⁵ Ainda assim, o FPQ-III,²⁰ em combinação com

outras ferramentas, pode ser útil no desenvolvimento de processos de avaliação e de intervenção progressivamente mais compreensivos e ajustados aos desafios levantados pela problemática de dor crônica.

Financiamento

Bolsa de doutoramento individual concedida pela Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (referência: SFRH/BD/80389/2011).

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

A Susana Barros, Carina Fernandes e Joana Melo pela colaboração no processo de tradução do instrumento para português europeu. A Diana Moreira pela orientação nos procedimentos de adaptação. A todos os participantes envolvidos neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(3):678-90.
2. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain – Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2^a. ed. Seattle: International Association for the Study of Pain Press; 1994.
3. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain.* 1995;62(3):363-72.
4. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Rotteveel AM, Ruesink R, Heuts PH. The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *J Occup Rehabil.* 1995;5(4):235-52.
5. Black AK, Fulwiler MA, Smitherman TA. The role of fear of pain in headache. *Headache.* 2015;55:669-79.
6. Carpino E, Segal S, Logan D, Lebel A, Simons LE. The interplay of pain-related self-efficacy and fear on functional outcomes among youth with headache. *J Pain.* 2014:527-34.
7. Meulders A, Jans A, Vlaeyen JW. Differences in pain-related fear acquisition and generalization: an experimental study comparing patients with fibromyalgia and healthy controls. *Pain.* 2015;156(1):108-22.
8. Asmundson GJ, Parkerson HA, Petter M, Noel M. What is the role of fear and escape/avoidance in chronic pain? Models: structural analysis and future directions. *Pain Manage.* 2012;2(3):295-303.
9. Asmundson GJ, Noel M, Petter M, Parkerson HA. Pediatric fear-avoidance model of chronic pain: foundation, application, and future directions. *Pain Res Manage.* 2012;17(6):397-405.
10. Vlaeyen J, Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000;85:317-32.
11. Turk DC, Wilson HD. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(2):88-95.

12. Hirsh AT, George SZ, Bialosky JE, Robinson ME. Fear of pain, pain catastrophizing, and acute pain perception: relative prediction and timing of assessment. *J Pain*. 2008;9(9):806-12.
13. Leeuw M, Houben RM, Severeijns R, Picavet HS, Schouten EG, Vlaeyen JW. Pain-related fear in low back pain: a prospective study in the general population. *Eur J Pain*. 2007;11(3):256-66.
14. Peters ML, Vlaeyen JW, Kunnen AM. Is pain-related fear a predictor of somatosensory hypervigilance in chronic low back pain patients? *Behav Res Ther*. 2002;40(1):85-103.
15. Gheldof EL, Crombez G, Van den Bussche E, Vinck J, Van Nieuwenhuysse A, Moens G, Mairiaux P, Vlaeyen JW. Pain-related fear predicts disability, but not pain severity: a path analytic approach of the fear-avoidance model. *Eur J Pain*. 2010;14(8):e1-9, 870.
16. Martin AL, McGrath PA, Brown S, Katz J. Anxiety sensitivity: fear of pain and pain-related disability in children and adolescents with chronic pain. *Pain Res Manage*. 2007;12(4):267-72.
17. Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol*. 2002;156(11):1028-34.
18. Somers TJ, Keefe FJ, Pells JJ, Dixon KE, Waters SJ, Riordan PA, Blumenthal JA, McKee DC, LaCaille L, Tucker JM, Schmitt D, Caldwell DS, Kraus VB, Sims EL, Shelby RA, Rice JR. Pain catastrophizing and pain-related fear in osteoarthritis patients: relationships to pain and disability. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(5):863-72.
19. Zale EL, Lange KL, Fields SA, Ditte JW. The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *J Pain*. 2013;14(10):1019-30.
20. McNeil D, Rainwater A. Development of the Fear of Pain Questionnaire - III. *J Behav Med*. 1998;21(4):389-410.
21. Osman A, Breitenstein JL, Barrios FX, Gutierrez PM, Kopper BA. The Fear of Pain Questionnaire - III: further reliability and validity with nonclinical samples. *J Behav Med*. 2002;25(2):155-73.
22. Roelofs J, Peters ML, Vlaeyen JW. Selective attention for pain-related information in healthy individuals: the role of pain and fear. *Eur J Pain*. 2002;6(5):331-9.
23. van Wijk AJ, Hoogstraten J. Dutch translation of the Fear of Pain Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity. *Eur J Pain*. 2006;10(6):479-86.
24. AERA, APA, NCME. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
25. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales - A practical guide to their development and use. 2^a ed. Nova York: Oxford University Press; 1995.
26. Cha ES, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs*. 2007;58(4):386-95.
27. Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM. Issues in cross-cultural quality of-life research. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(1):15-20.
28. 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.
29. Pena ED. Lost in translation: methodological considerations in crosscultural research. *Child Dev*. 2007;78(4):1255-64.
30. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for crosscultural research. *Gastroenterology*. 2004;126 1 Suppl 1. S124-8.
31. Marôco J. Análise de Equações Estruturais. Fundamentos teóricos, Software & Aplicações. Portugal: Report Number; 2010.
32. Damásio B. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*. 2012;11(2):213-28.
33. Kaiser H. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*. 1958;23(3):187-200.
34. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain*. 2004;5(4):195-211.
35. Albaret MC, Sastre MT, Cottencin A, Mullet E. The Fear of Pain Questionnaire: factor structure in samples of young, middle-aged, and elderly European people. *Eur J Pain*. 2004;8(3):273-81.
36. Asmundson GJ, Bovell CV, Carleton RN, McWilliams LA. The Fear of Pain Questionnaire - Short Form (FPQ-SF): factorial validity and psychometric properties. *Pain*. 2008;134(1-2):51-8.
37. Burlingame GM, Lambert MJ, Reisinger CW, Neff WM, Mosier J. Pragmatics of tracking mental health outcomes in a managed care setting. *J Ment Health Admin*. 1995;22(3):226-36.
38. Buchanan EA, Hvizdak EE. Online survey tools: ethical and methodological concerns of human research ethics committees. *J Empirical Res Human Res Ethics*. 2009;4(2):37-48.
39. Heiervang E, Goodman R. Advantages and limitations of web-based surveys: evidence from a child mental health survey. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2011;46(1):69-76.
40. Norman R, King MT, Clarke D, Viney R, Cronin P, Street D. Does mode of administration matter? Comparison of online and face-to-face administration of a time trade-off task. *Qual Life Res*. 2010;19(4):499-508.
41. Steffen MW, Murad MH, Hays JT, Newcomb RD, Molella RG, Cha SS, Hagen PT. Self-report of tobacco use status: comparison of paper-based questionnaire, online questionnaire, and direct face-to-face interview - Implications for meaningful use. *Popul Health Manag*. 2014;17(3):185-9.