**VERSÃO BRASILEIRA DO START BACK SCREENING TOOL- TRADIÇÃO,
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, CONFIABILIDADE E VALIDADE DE CONSTRUTO**

PPGRDF

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
REABILITAÇÃO E DESEMPENHO FUNCIONAL
FMRP-USP**

Bruna Pilz Moraes Pelaio

Dissertação

BRUNA PILZ MORAES PELAIO

VERSÃO BRASILEIRA DO START BACK SCREENING TOOL-
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, CONFIABILIDADE
E VALIDADE DE CONSTRUTO

Dissertação apresentada ao Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Fisioterapia

Programa de Pós Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional

Orientadora: Profa. Dra. Debora Bevilaqua Grossi

Versão corrigida da Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional no dia 19/12/2014. A versão original encontra-se disponível na Faculdade de Fisioterapia de Ribeirão Preto/USP.

Ribeirão Preto

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pelaio, Bruna Pilz Moares

VERSÃO BRASILEIRA DO START BACK SCREENING TOOL-
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, CONFIABILIDADE E
VALIDADE DE CONSTRUCTO Ribeirão Preto. 2014

50 p.: il.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP – Programa de
Pós-graduação Reabilitação e Desempenho Funcional, Área de
concentração: Ciências da Saúde Aplicadas ao Aparelho Locomotor.
Opção em Reabilitação

Orientador: Grossi, Debora Bevilaqua

1. Dor lombar 2. STarT Back Screening Tool
3. Confiabilidade 4. Validade de construto

FOLHA DE APROVAÇÃO

Bruna Pilz Moraes Pelaio

VERSÃO BRASILEIRA DO START BACK SCREENING TOOL- TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, CONFIABILIDADE E VALIDADE DE CONSTRUTO

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo junto ao
Departamento de Biomecânica, Medicina e
Reabilitação do Aparelho Locomotor para obtenção do
título de Mestre.

Área de concentração: Ciências da Saúde Aplicadas ao
Aparelho Locomotor. Opção em Reabilitação

Aprovado em:___/___/_____

Banca Examinadora:

Prof. Dra.Débora Bevilaqua Grossi

Instituição: Curso de Fisioterapia – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Assinatura:

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura:

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os meus colegas fisioterapeutas, professores, familiares, amigos e a quem este trabalho possa ser útil, tornando a nossa busca incansável de sucesso no tratamento dos nossos pacientes, cada vez melhor.

Agradecimentos

Agradeço a Deus que iluminou o meu caminho durante esta longa caminhada.
Aos meus pais, Maria Rita e Carlos Rocha, Rubens e Inês pela oportunidade de estudos, empenho,
orientação e apoio.

Ao meu marido, Felipe, pelo apoio, paciência, dedicação e amor.

Ao Rodrigo Vasconcelos pela oportunidade, apoio e exemplo de pessoa, profissional e colega.
A minha orientadora Profa Debora Grossi, por toda a orientação, ensinamentos, paciência e apoio.

Aos meus colegas da Ortop&Sports: Carolina C M Vasconcelos, Rodrigo Esmeriz, Raul Savignone,
Michele Ferreira, Luiz Cremonez, Juliano Xidieh, Fabiano Alves, Carolina Lins, Alexandre Ikeda,
Hugo Miasava, Freddy Beretta, Isadora Oliveira, Paulo Texeira e Dr Wilson Mello, Magda, Cintia,
Juliane e Carmeli.

A toda a equipe do LAPOMH, em especial a Jaqueline Martins e Lidiane Florêncio por todo
orientação, ajuda e paciência.

Às queridas amigas Leticia, Alessandra e Elisa pelo apoio e teto quando precisei.

Resumo

PILZ, B. **Versão Brasileira do STarT Back Screening Tool – tradução, adaptação transcultural, confiabilidade e validade de construto.** 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Fatores psicossociais não são rotineiramente identificados na avaliação fisioterapêutica e podem influenciar no prognóstico de pacientes com dor lombar. O questionário “STarT Back Screening Tool” (SBST) foi criado para distinguir subgrupos dentre pacientes com dor lombar em relação ao prognóstico no tratamento considerando fatores físicos e psicossociais, classificando-os em baixo, médio e alto risco de mau prognóstico. Objetivo: Traduzir e adaptar transculturalmente o SBST para Língua Portuguesa do Brasil, testar a confiabilidade e validade de construto. Métodos: A primeira etapa consistiu na tradução, síntese, retro-tradução, revisão pelo grupo de tradução, pré-teste e avaliação dos documentos pelo Comitê. A versão pré-final foi aplicada em duas amostras de 52 pacientes cada, com dor lombar, ambos os sexos, idade acima de 18 anos e níveis educacionais variados. Para verificação da confiabilidade intra-avaliador, foram realizadas duas entrevistas em outra amostra de 50 pacientes, e os resultados analisados pelo Kappa ponderado quadrado. Também foram calculados a consistência interna usando α de Cronbach ($n=105$), o erro padrão da medida ($n=50$) e a validade de construto ($n=151$), correlacionando o SBST-Brasil com as versões brasileiras do *Oswestry Disability Index* (ODI), *Rolland Morris* (Brasil- RM) e *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* para trabalho (FABQ-Work) e atividade física (FABQ-Phys). Resultados: O consenso foi atingido nas etapas de tradução e retrotradução, apenas o item 6 não foi compreendido e depois de reformulado foi reaplicado em outros 52 pacientes que não tiveram mais dúvida. A confiabilidade foi considerada substancial (0,79 - 95% IC 0,63 - 0,95), a consistência interna aceitável (0,74 pontuação total e 0,72 da subescala psicossocial), e o valor do erro de padrão da medida muito bom (1,9%). Em relação à validação, a pontuação total do SBST- Brasil mostrou alta correlação com o Brasil-RM ($r=0,61$), moderada correlação com o ODI ($r = 0,56$) e FABQ-Work ($r=0,3$) e fraca correlação com o FABQ-Phys ($r = 0,18$). Já a subescala psicossocial mostrou correlação moderada com o Brasil-RM ($r = 0,49$) e ODI ($r = 0,47$) e fraca correlação com o FABQ-Work ($r = 0,24$) e FABQ-Phys ($r = 0,21$). Além disso, a estratificação dos grupos de risco do SBST-Brasil foi compatível com os valores de classificação do ODI, Brasil-RM e FABQ-Phys para risco de mau prognóstico. Conclusão: O SBST-Brasil mostrou-se confiável e válido para avaliar a influência de fatores psicossociais em pacientes com dor lombar.

Palavras Chave: Dor lombar; questionário; STarT Back Screening Tool; reabilitação; confiabilidade; validade de construto.

Abstract

PILZ, B. **Brazilian version of STarT Back Screening Tool – translation, cross cultural adaptation, reliability and construct validity.** 2014. f., Marder's dissertation – Ribeirão Preto Medical School at the University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Psychosocial factors are not usually identified on physiotherapy assessment, what influences on low back pain prognosis. The questionnaire "STarT Back Screening Tool" (SBST) was created to identify patients with potentially treatment modifiable prognostic influenced by physical and psychosocial indicators which are relevant to initial decision making, classifying them into low, medium and high risk categories. Aim: Translation and cross-culturally adaptation of the SBST into Brazilian-Portuguese, assess its reliability and construct validity. Methods: The translation and cross-cultural adaptation process involved the steps of Translation, Synthesis, Back-translation, Committee Revision, Pretesting and Submission the documents to the Committee. The pre-final version was applied to two samples of 52 patients each, with low back pain, both sexes, aged over 18 years, from different education levels. After that, two interviews assessed intra-rater reliability on a different sample of 50 patients, and the quadratic weighted Kappa was used for statistical analysis. The Cronbach's alpha was also calculated for internal consistency (n=105), standard error measurement (n=50) and construct validity (n=151) analyzing the correlation between the SBST-Brasil and the Brazilian version of *Oswestry Disability Index* (ODI), *Rolland Morris* (Brasil- RM) and *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* for work (FABQ-Work) and physical activity (FABQ-Phys). Results: Consensus was found on translations and back-translations processes, and only the item 6, which patients had some difficulty in understanding, was reviewed and re-applied to 52 additional subjects with no difficulties being reported. The reliability was classified as substantial (0.79 - 95% CI 0.63 - 0.95), the internal consistency acceptable (0.74 for total score and 0.72 for psychosocial subscale score) and a very good standard measurement error (1.9%). The correlation between the SBST-Brasil total score and Brasil- RM was high ($r = 0.61$), moderate with ODI ($r = 0.56$) and with FABQ-Work ($r = 0.3$), and low correlation with FABQ-Phys ($r = 0.18$). Moderate correlation was found with SBST psychosocial subscale score and Brasil-RM ($r = 0.49$), also with ODI ($r = 0.47$), and low correlation with FABQ-Work ($r = 0.24$) and FABQ-Phys ($r = 0.21$). After that, the stratification of SBST-Brasil risk groups was compatible with ODI, Brasil-RM and FABQ-Phys classification for risk of poor prognosis. Conclusion: The SBST-Brasil has shown a reliable and valid tool to screen and identify low back pain patients influenced by psychosocial factors.

Key Words: Low back pain; questionnaire; STarT Back Screening Tool; rehabilitation; reliability; construct validity.

Lista de Figuras

Figura 1. Organograma dos pacientes com Bandeiras Vermelhas e Amarelas	17
Figura 2. Versão original modificada do questionário SBST na Língua Inglesa	19
Figura 3. Fluxo de Pontuação do questionário SBST	23

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados demográficos dos sujeitos envolvidos no estudo em todas as etapas	28
Tabela 2. Modificações do Processo de Tradução do questionário SBST- Brasil	29
Tabela 3. Valores encontrados para Confiabilidade intra-avaliador (n= 50), Consistência interna (n=105), EPM (n= 50) do questionário SBST-Brasil	30
Tabela 4. Valores encontrados na validade de construto, correlacionando o SBST-Brasil com o FABQ- Phys, FABQ-Work, ODI, Brasil-RM (n=151)	30
Tabela 5. Caracterização demográfica e pontuação das escalas FABQ-Phys, FABQ-Work, ODI, Brasil-RM dos pacientes classificados segundo o SBST-Brasil (n=151)	31

Lista de Siglas

Brasil- RM: Brasil - Rolland Morris

CI: Confidence Interval

EAN: Escala de Avaliação Numérica da Dor

EPM: Erro Padrão da medida

FABQ- Phys: *Fear Avoidance Believe Questionnaire – Physical Activity* (Atividade física)

FABQ- Work: *Fear Avoidance Believe Questionnaire – Work* (Trabalho)

HIV: Vírus da imunodeficiência humana (Human Immunodeficiency Virus)

IC: Intervalo de Confiança

ICC: Coeficiente de Correlação Intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient*)

IMC: Índice de Massa Corpórea

MDCI: Mínima diferença clinicamente importante

RM: Rolland Morris

SBST: STarT Back Screening Tool

STAI: *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*

STAXI: *State-Trait Anger Expression Inventory*

ODI: Oswestry Disability Index

OMPSQ: *Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*

PHQ-9: *Patient Health Questionnaire- 9*

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VAS: Escala Visual Analógica (*Visual Analogue Scale*)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 Epidemiologia da dor lombar.....	15
2.2 Definição de dor lombar.....	15
2.3 Bandeiras Vermelhas (Red flags).....	15
2.4 Bandeiras Amarelas (Yellow Flags).....	16
2.5 Evidências da influência dos fatores psicossocial no prognóstico de dor lombar.....	17
2.6 Questionário STarT Back Screening Tool (SBST) e recomendações de tratamento.....	18
2.7 Tratamentos e Recomendações para fisioterapia (Guidelines).....	20
3. OBJETIVOS.....	21
4. MÉTODOS.....	22
4.1 Descrição do questionário do SBST.....	22
4.2 Tradução e adaptação transcultural do SBST-Brasil.....	23
4.3 Propriedades psicométricas.....	24
4.3.1 Confiabilidade.....	24
4.3.1.1 Confiabilidade Intra-avaliador.....	24
4.3.1.2 Consistência Interna.....	25
4.3.1.3 Erro padrão de medida.....	25
4.3.2 Validade de Construto.....	25
4.3.2.1 FABQ - Brasil.....	26
4.3.2.2 ODI.....	26
4.3.2.3 Brasil - RM.....	27
4.4 Análise Estatística.....	27
5. RESULTADOS.....	28
5.1 Tradução e Adaptação Transcultural.....	29
5.2 Confiabilidade.....	29
5.3 Validade de Construto.....	30
6. DISCUSSÃO.....	32
7. CONCLUSÃO.....	38
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
APÊNDICE.....	46
Apêndice 1- Carta de Autorização da Universidade de Keele.....	46
Apêndice 2: Carta de Autorização do Núcleo de Estudos do Instituto Wilson Mello.....	47
Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	48
Apêndice 4: Carta de Aprovação do Comitê de Ética.....	50
Apêndice 5: <i>Versão Brasileira do questionário STarT Back Screening Tool (SBST-Brasil)</i>	52
ANEXOS.....	53
Anexo 1 - <i>Versão Brasileira do questionário Fear Avoidance beliefs Questionnaire</i>	53
Anexo 2- <i>Versão Brasileira do questionário Oswestry Disability Index (ODI)</i>	54
Anexo 3- <i>Versão Brasileira do questionário Rolland Morris (Brasil- RM)</i>	55

1. INTRODUÇÃO

A dor lombar está entre os maiores problemas de saúde do mundo, sendo que cerca de 11,9% dos pacientes relatam limitação em atividades por esse sintoma por mais de um dia e 23,2% por mais de 1 mês (HOY et al, 2012). Esse tipo de sintoma é definido como dor e desconforto, localizado abaixo da margem costal e acima da linha da prega glútea, com ou sem dor irradiada para a perna. Dependendo do tempo de sintomas, ela pode ser classificada como aguda (menos de 6 semanas), subaguda (entre 6 e 12 semanas) e crônica (mais de 12 semanas) (AIRAKSINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; SAVIGNY et al, 2009; DELITTO et al, 2012).

Ao iniciar um tratamento fisioterapêutico de dor lombar, é importante que se faça uma avaliação clínica detalhada, excluindo primeiramente as bandeiras vermelhas e após isso, identificar a presença de bandeiras amarelas que são fatores psicossociais que podem dificultar a boa evolução do tratamento (SCALZITTI, 1997; AIRAKSINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; SAVIGNY et al, 2009; NICHOLAS et al, 2011; DELITTO et al, 2012). A necessidade de identificação precoce de pacientes com dor lombar em risco de mau prognóstico e, conseqüentemente intervenções efetivas a fim de evitar cronicidade de sintomas tem aumentado, especialmente pela preocupação da influência negativa de fatores psicossociais no prognóstico.

A dor tem impactos emocionais e comportamentais que favorecem o desenvolvimento de condições crônicas (NICHOLAS, 2007; NICHOLAS, 2011; LINTON e SHAW 2011; DELITTO et al, 2012) e por isso, muitos trabalhos tem sido publicados sobre a combinação de aspectos físicos e psicossociais no tratamento fisioterapêutico. (LINTON e SHAW, 2011; MAIN e GEORGE, 2011; NICHOLAS e GEORGE, 2011; BUSHNELL et al, 2013; KEEFE et al, 2013). Com isso, um dos objetivos comuns aos pesquisadores de reabilitação tem sido determinar ferramentas de triagem para pacientes com dor lombar, para identificar pacientes com alto risco de desenvolver sintomas crônicos que abordem tanto a disfunção física quanto aspectos psicossociais (HILFIKER et al, 2007), para que o fisioterapeuta saiba a melhor forma de abordar e conduzir o tratamento.

Em 2008 o questionário “STarT Back Screening Tool” (SBST) foi desenvolvido por Hill et al, para triar pacientes com dor lombar e/ou lombociatalgia, classificando-os em baixo, médio ou alto risco de mau prognóstico de pacientes na presença de fatores físicos e psicossociais, e apresentou boa confiabilidade teste-reteste e consistência interna. Ao comparar a efetividade do tratamento segundo a classificação do SBST e um grupo controle,

Hill et al. (2011) verificaram que pacientes tratados segundo o resultado do SBST tiveram melhores resultados no questionário de função Rolland Morris (RM) e conseqüentemente melhora na qualidade de vida, diminuição de uso de serviços de saúde, e redução dos dias de afastamento do trabalho.

O questionário SBST já foi traduzido para várias outras línguas (GUZI et al, 2011; MORSO et al, 2011; AZIMI et al., 2013; BRUYÈRE et al., 2014; LUAN et al., 2014), porém nem todas as propriedades psicométricas foram testadas em todas as versões. A confiabilidade intra avaliador foi testada pela versão original (HILL et al, 2008) (ICC = 0,73 para pontuação total e ICC = 0,76 para subescala psicossocial), versão francesa (BRUYÈRE et al., 2014) (ICC = 0,90 - 95% IC 0,81 – 0,95) e versão chinesa (LUAN et al., 2014) (Kappa= 0,93 - 95% IC 0,89-0,95). Já a consistência interna foi testada pela versão original (HILL et al, 2008) (0,79 para pontuação total e 0,74 para subescala psicossocial) e também nas versões francesa (BRUYÈRE et al, 2014) (0,73 para pontuação da subescala psicossocial) e iraniana (AZIMI et al, 2013) (0,82 para pontuação total e 0,79 para a subescala psicossocial). Nenhum dos trabalhos analisou o Erro Padrão de Medida (EPM) até o presente momento.

A validade de construto da versão original foi testada correlacionando o SBST com o questionário *Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ)* ($r = 0,80$) (HILL et al, 2010), *FABQ-Work* ($r = 0,23$), *Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ-9)* para depressão ($r = 0,59$), *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) para ansiedade ($r = 0,31$) e *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI) para raiva ($r = -0,29$) (NISENZON et al, 2013). Já a versão francesa do SBST foi correlacionada com o OMPSQ ($r = 0,74$) e com o RM ($r=0,74$) (BRUYÈRE et al, 2014), enquanto a versão iraniana com o *Oswestry Disability Index* (ODI) ($r =0,81$) (AZIMI et al, 2013).

Atualmente, há escassez de questionários que avaliam o risco de mau prognóstico de dor lombar em relação a fatores físicos e psicossociais no Brasil, por isso a importância desse trabalho, facilitando a identificação desses pacientes em risco e auxiliando na abordagem e condução do tratamento fisioterapêutico.

2.REVISÃO DA LITERATURA

2.1Epidemiologia de dor lombar

A dor lombar está entre os maiores problemas de saúde do mundo, predominando em mulheres e em pacientes entre 40-80 anos. Cerca de 11,9% dos pacientes relatam limitação por causa da dor lombar por mais de um dia e 23,2% por mais de 1 mês (HOY et al, 2012). A maioria dos pacientes com dor lombar aguda (90%) se recuperam em 6 semanas, porém 2% a 7% dos pacientes permanecem sintomáticos e desenvolvem dor crônica, sendo esses responsáveis por 75- 85% de absenteísmo no trabalho (TULDER et al, 2006), concordando com os achados de Costa et al. (2012) que também observaram que mínimas reduções nos sintomas de dor e disfunção foram observados entre 6 e 52 semanas. Além disso, 53% dos pacientes com dor lombar crônica em uma população específica apresentaram distúrbios psicológicos relevantes (APELDOORN et al, 2012).

2.2 Definição de dor lombar

Dor lombar é definida como dor e desconforto, localizada abaixo da margem costal e acima da linha da prega glútea, com ou sem dor irradiada para a perna. Dependendo do tempo de sintomas, ela pode ser classificada como aguda (menos de 6 semanas), subaguda (entre 6 e 12 semanas) e crônica (mais de 12 semanas). Esse sintoma pode ser recorrente, com novos episódios de dor após um período de 6 meses sem sintomas, mas não uma exacerbação de uma dor lombar crônica, e/ou também pode ser não específica, que é a forma mais comum, e é definida como dor causada por nenhuma patologia conhecida ou específica como infecção, tumor, osteoporose, espondilite anquilosante, fratura, processo inflamatório, síndrome radicular ou síndrome da cauda eqüina, também conhecida por dor lombar de origem desconhecida (AIRAKSINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; SAVIGNY et al, 2009; DELITTO et al, 2012).

2.3 Bandeiras Vermelhas (*Red flags*)

Na avaliação fisioterapêutica, a prioridade é que se tenha certeza que a causa dos sintomas seja somente músculo esquelético, por isso é importante que seja colhida a história clínica e toda a sintomatologia para analisar se há algum fator de risco para outras patologias que não sejam musculo esqueléticas. Se existir, é importante encaminhar esse paciente para

algum médico específico ou serviço de emergência. Esses fatores são denominados de bandeiras vermelhas e incluem (AIRAKSINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; SAVIGNY et al, 2009; HEBERT et al, 2011; NICHOLAS et al, 2011; DELITTO et al, 2012):

- Idade do paciente no início de sintomas menor que 20 anos e maior que 55 anos
- História recente de trauma violento
- Dor constante, progressiva e não mecânica (sem alívio com repouso)
- Dor torácica
- História pregressa de tumor maligno
- Uso prolongado de corticosteróides
- HIV, uso de drogas ou de imunossupressores
- Perda de peso sem motivo aparente
- Indisposição
- Sintomas neurológicos (como Síndrome da Cauda Equina)
- Deformidade estrutural
- Febre
- Infecções
- Fraturas
- Inflamações
- Espondilite anquilosante
- Aneurisma

2.4 Bandeiras Amarelas (*Yellow Flags*)

Além das bandeiras vermelhas, fatores psicossociais também chamados de bandeiras amarelas, também influenciam no prognóstico de dor lombar e aumentam o risco de cronicidade (SCALZITTI, 1997; AIRAKSINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; SAVIGNY et al, 2009; HEBERT et al, 2011; NICHOLAS et al, 2011; DELITTO et al, 2012). Esse paciente pode ser tratado pela fisioterapia e, se necessário, deve ser encaminhado para tratamento multidisciplinar. Porém esses fatores precisam ser primeiramente identificados para que o fisioterapeuta tenha uma abordagem e condução do tratamento mais específicos e assim, conseguir bom prognóstico. Alguns exemplos são:

- Catastrofização
- Depressão

- Preocupação excessiva
- Ansiedade
- Mau humor
- Insatisfação no trabalho
- Medo de dor e/ou nova lesão
- Crenças e expectativas do paciente em relação a dor, tratamento, retorno ao trabalho e atividades de vida diária.

A figura 1 mostra um organograma em relação à decisão clínica dos pacientes que apresentam bandeiras vermelhas e/ou amarelas.

Figura 1. Organograma dos pacientes com Bandeiras Vermelhas e Amarelas. (HEBERT et al, 2011)

2.5 Evidências da influência das Bandeiras Amarelas no prognóstico de dor lombar

A dor tem impactos emocionais e comportamentais que favorecem o desenvolvimento de condições crônicas (NICHOLAS, 2007; NICHOLAS, 2011; LINTON e SHAW 2011; DELITTO et al, 2012), e evidências mostram que as bandeiras amarelas, como a percepção do paciente sobre a resolução dos sintomas de dor lombar, a relação deste com outras doenças, a dificuldade de enfrentamento da doença, falta de confiança em si próprio, catastrofização, medo e crenças sobre dor e desenvolvimento da doença, e sintomas depressivos são preditores de disfunção e interferem no prognóstico da dor lombar resultando em alto risco de desenvolver disfunção e cronicidade dos sintomas (AIRAKSINEN et al, 2006; NICHOLAS et

al, 2011; PINCUS et al, 2002; HILL e FRITZ, 2011; FOSTER et al, 2010; FRITZ et al, 2011).

Muitos estudos têm sido publicados sobre a combinação da abordagem psicossocial do paciente e o tratamento fisioterapêutico (LINTON e SHAW, 2011; MAIN e GEORGE, 2011; NICHOLAS e GEORGE, 2011; BUSHNELL et al., 2013; KEEFE et al., 2013) integrando tanto o tratamento físico focado na disfunção quanto o aspecto cognitivo comportamental em relação ao enfrentamento da dor e todos os impactos que os sintomas representam. O principal objetivo desses estudos é a identificação no tratamento primário, daqueles pacientes que apresentem fatores psicossociais que possam influenciar no prognóstico (AIRAISKINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; NICHOLAS et al, 2011), o que auxilia o fisioterapeuta a entender que o paciente precisa de cuidados especiais e também possibilita ao paciente entender melhor as consequências dos sinais e sintomas da dor lombar (MAIN et al, 2012).

Ainda, é importante diferenciar fatores psicológicos modificáveis, que são as bandeiras amarelas, dos fatores não modificáveis que são as bandeiras laranja as quais representam pacientes com doenças psiquiátricas que devem ser tratadas prioritariamente a disfunção (MAIN e GEORGE, 2011). O alvo da fisioterapia e deste estudo são os pacientes classificados como bandeiras amarelas, e assim poder ajudá-los a entender melhor as causas de dor e como eles próprios podem se ajudar modificando alguns tipos de pensamentos e hábitos. Apesar disso, a influência dos fatores psicossociais não é completamente entendida e é insuficientemente considerada para auxiliar no tratamento, por isso a identificação dos mesmos na prática clínica permanece ainda como um desafio (LINTON e SHAW 2011; NICHOLAS et al, 2011).

2.6 Questionário “*STarT Back Screening Tool*” e recomendações de tratamento

Recentemente Hill et al. (2008) criaram um questionário denominado *STarT (Subgroups Target Treatment) Back Screening Tool* (SBST). Trata-se de um questionário desenvolvido na Língua Inglesa, que classifica em alto, médio ou baixo risco de mau prognóstico pacientes com dor lombar e/ou lombociatalgia na presença de fatores físicos e psicossociais. O SBST tem sido indicado como preditor de mau prognóstico para pacientes com dor lombar no tratamento primário em relação a fatores psicossociais e tem mostrado confiabilidade teste-reteste e consistência interna aceitáveis (HILL et al, 2008; BENEICIUK et al, 2012).

The STarT Back Screening Tool

Patient name: _____ Date: _____

Thinking about the **last 2 weeks**, tick your response to the following questions:

		Disagree 0	Agree 1
1	My back pain has spread down my leg(s) in the last 2 weeks.	☐	☐
2	I have had pain in the shoulder or neck at some time in the last 2 weeks.	☐	☐
3	I have only walked short distances because of my back pain.	☐	☐
4	In the last 2 weeks, I have dressed more slowly than usual because of back pain.	☐	☐
5	It's not really safe for a person with a condition like mine to be physically active.	☐	☐
6	Worrying thoughts have been going through my mind a lot of the time.	☐	☐
7	I feel that my back pain is terrible and it's never going to get any better .	☐	☐
8	In general, I have not enjoyed all the things I used to enjoy.	☐	☐

9. Overall, how **bothersome** has your back pain been in the **last 2 weeks**?

Not at all	Slightly	Moderately	Very much	Extremely
☐	☐	☐	☐	☐
0	0	0	1	1

Total score (all 9 items): _____ Psych score (items 5, 6, 7, 8, 9): _____

Figura 2. Versão original modificada do questionário SBST na Língua Inglesa (FRITZ et al, 2011; HILL et al, 2011).

Vários estudos têm testado a efetividade do questionário SBST (FRITZ et al, 2011; MAIN et al, 2012; BENECIUK et al, 2012; WIDEMAN et al, 2012; HILL et al, 2010) e Hill et al (2011) verificaram que os pacientes classificados e tratados de acordo com o SBST, tiveram melhores resultados no questionário de função RM e conseqüentemente melhora na qualidade de vida, diminuição de uso de serviços de saúde, e redução dos dias de afastamento do trabalho, em relação a um grupo controle, não classificado da mesma forma. Esses mesmos autores descreveram a melhor forma de interpretar e tratar os pacientes classificados segundo o SBST que é descrito a seguir.

Pacientes classificados em alto risco de mau prognóstico apresentam um prognóstico desfavorável por causa da presença de fatores físicos e principalmente psicossociais, e podem não ter acesso a um tratamento específico que inclui abordagem física e psicossocial, com princípios cognitivos e comportamentais, e por isso podem não evoluir adequadamente. É importante que os fisioterapeutas responsáveis pelo tratamento desses pacientes, tenham um treinamento diferenciado com psicólogos, para que entendam e consigam identificar esses fatores psicossociais no tratamento primário. As sessões de tratamento devem ser mais

freqüentes envolvendo explicações sobre o que é dor lombar e como ela se desenvolve, as consequências da disfunção desse sintoma e da influência das bandeiras amarelas no prognóstico, orientação e educação nas atividades laborais e físicas, estratégias ao ensinar exercícios, ergonomia doméstica e recursos terapêuticos para tratamento de aspectos físicos segundo recomendações de tratamento (AIRAKSINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; SAVIGNY et al, 2009; HILL et al, 2011; DELITTO et al, 2012).

Apesar dos pacientes classificados como médio risco de mau prognóstico não terem um prognóstico tão desfavorável quanto os pacientes de alto risco, também precisam de tratamento de fisioterapia principalmente pela dor e disfunção que apresentam, seguindo recomendações de tratamento além de educação sobre a patologia, orientação em relação aos hábitos do paciente, ergonomia entre outras explicações que o paciente precise (HILL et al, 2011).

Por outro lado, pacientes classificados em baixo risco têm um bom prognóstico, se beneficiando de orientações em relação aos sintomas de dor lombar, hábitos do paciente, atividade física, não sendo necessário acompanhamento fisioterapêutico frequente, a menos que o fisioterapeuta julgue necessário. Com isso, nota-se que com essa ferramenta o fisioterapeuta possa definir de forma mais adequada qual a melhor abordagem a ser empregada no tratamento (HILL et al, 2011).

2.7 Tratamentos e Recomendações para fisioterapia (*Guidelines*)

- Orientações sobre a dor lombar, controle de sintomas e evitar repouso, voltando ao trabalho o mais rápido possível.
- Exercícios de estabilização de tronco, fortalecimento e resistência de todo o corpo tanto em terra quanto na piscina
- Exercícios para ganho de mobilidade e centralização dos sintomas de dor irradiada
- Acupuntura
- Tratamento cognitivo-comportamental
- Terapia manual com manipulação e/ou mobilização
- Tratamento multidisciplinar

(AIRAKSINEN et al, 2006; TULDER et al, 2006; SAVIGNY et al, 2009; DELITTO et al, 2012).

3. OBJETIVOS

Traduzir e adaptar transculturalmente o questionário SBST para a Língua Portuguesa do Brasil e analisar as propriedades psicométricas de confiabilidade a partir da confiabilidade intra-avaliador, da consistência interna e do erro padrão da medida. Além disso, analisar a validade de construto, correlacionando o SBST-Brasil com as versões brasileiras do FABQ-Phys, FABQ-Work, ODI e Brasil – RM, e também a estratificação dos grupos do SBST-Brasil com o grupos de riscos destes mesmos questionários.

4.MÉTODOS

Todos os pacientes que participaram deste estudo foram recrutados por conveniência no Instituto Wilson Mello, Campinas-SP, Brasil, e apresentavam dor lombar independente do tempo de início da doença, com ou sem irradiação para os membros inferiores e idade maior que 18 anos.

Sujeitos que apresentavam bandeiras vermelhas , gravidez, cirurgia lombar nos últimos seis meses e os que não sabiam ler ou falar a Língua Portuguesa do Brasil, foram excluídos do estudo.

Os pacientes envolvidos em todas as etapas do trabalho foram avaliados por um único fisioterapeuta e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e informaram dados demográficos, apresentados na tabela 1.

4.1 Descrição do questionário SBST

O questionário SBST é constituído de 9 itens, quatro são relacionados a dor referida, disfunção e comorbidades como dor no ombro ou pescoço e cinco itens compõem a subescala psicossocial (itens 5 a 9) referentes a incômodo, catastrofização, medo, ansiedade e depressão (HILL et al, 2008; HILL et al, 2011). O SBST-Brasil adotou as modificações e ordem de questões usadas por Fritz et al (2011) e Hill et al (2011), recomendada pelos autores originais para facilitar a classificação do paciente.

Os pacientes são classificados como sendo de alto risco (presença de alto nível de fatores psicossociais, com ou sem a presença de fatores físicos) médio risco (presença de fatores físicos e psicossociais, mas não em níveis tão altos quanto os pacientes classificados em alto risco) e baixo risco de mau prognóstico (com presença de mínimos fatores físicos e psicossociais) (FRITZ et al, 2011; HILL et al, 2011).

Para pontuação e classificação do questionário, o paciente tem as opções de resposta “Concordo” e “Discordo” nos oito primeiros itens, com a primeira opção valendo 1 ponto e a segunda opção valendo zero. Já o nono item apresenta cinco opções de resposta como Nada, Pouco, Moderada, Muito, Extremamente, sendo que as três primeiras opções são pontuadas como zero e as duas últimas como 1 ponto cada. Se a pontuação total for entre 0-3 pontos, o paciente é classificado em baixo risco. Para valores maiores que 3 na pontuação total, considera-se então a pontuação da subescala psicossocial, composta pelas questões 5-9. Se a

pontuação dessa subescala for ≤ 3 pontos, o paciente é classificado como médio risco e se for > 3 pontos, se encaixa no grupo alto risco (HILL et al, 2008; FRITZ et al, 2011; HILL et al, 2011). O esquema de classificação está ilustrado na figura 3.

Figura 3. Fluxo de Pontuação do questionário SBST (HILL et al, 2008; FRITZ et al, 2011; HILL et al, 2011).

4.2 Tradução e adaptação transcultural do SBST-Brasil

Os processos de tradução e adaptação transcultural do questionário SBST utilizou a metodologia descrita por Beaton et al (2000). A autorização para esses processos foi obtida do autor da versão original Dr. Jonathan Hill, da Universidade de Keele, Inglaterra. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (SP-Brasil), sob o parecer nº150.139.

O processo de tradução e adaptação transcultural foi realizado com a versão modificada (FRITZ et al, 2011; HILL et al, 2011), e envolveu seis etapas: (1) tradução, (2) síntese, (3) retro-tradução, (4) revisão pelo Grupo de Tradução, (5) pré-teste e (6) avaliação dos documentos pelo Comitê de Especialistas.

Inicialmente o Questionário SBST, cuja versão original é na Língua Inglesa, foi traduzido para a Língua Portuguesa do Brasil por dois tradutores juramentados independentes e bilíngües (T1 e T2), que tinham como língua materna o Português e fluência na Língua Inglesa, sendo que apenas um deles tinha conhecimento na área da saúde. Foram então criadas as versões T1 e T2 que, no segundo estágio de síntese, foram analisadas juntamente com o questionário original durante reunião dos tradutores iniciais com os pesquisadores, dando

origem à versão T12. Na etapa seguinte, a versão T12 foi retrotraduzida para a Língua Inglesa por outros dois tradutores bilíngües (RT1 e RT2), que não tinham conhecimento da versão original do questionário. A língua materna era o Inglês, com fluência na Língua Portuguesa e que residiam no Brasil.

No quarto estágio efetuou-se uma revisão de todas as versões (original, T1, T2, T12, RT1 e RT2) pelo Grupo de Tradução, composto por um fisioterapeuta, dois médicos ortopedistas e todos os tradutores envolvidos no processo, o que consolidou todas as versões do questionário e chegou-se a versão pré-final do Questionário SBST-Brasil.

No quinto estágio foi necessário realizar dois pré-testes da versão pré-final do questionário, com 52 pacientes em cada, com o objetivo de eliminar qualquer item não compreendido por mais de 20% da amostra (NUSBAUM et al, 2001). E no sexto estágio, todos os relatórios foram submetidos e avaliados pelo Comitê, e enviado ao autor original para aprovação da versão final. O questionário foi auto-aplicado e após responder a versão pré-final, cada paciente foi interrogado pelo pesquisador sobre a compreensão de cada questão e sugestões de melhoria para o questionário.

4.3 Propriedades Psicométricas

4.3.1 Confiabilidade

Todas as propriedades do domínio de confiabilidade foram testadas, tais como confiabilidade intra-avaliador, consistência interna e erro padrão da medida (MOKKINK et al, 2010). A confiabilidade inter-avaliador não foi testada por ser um questionário auto-aplicável sem interferência do avaliador.

4.3.1.1 Confiabilidade intra-avaliador

A análise da confiabilidade intra-avaliador do questionário SBST-Brasil foi realizada por duas entrevistas, em uma nova amostra composta de 50 pacientes com dor lombar não específica, segundo recomendação do COSMIN (MOKKINK et al, 2010).

As duas entrevistas tiveram intervalo de 2 a 7 dias, dependendo da disponibilidade do paciente. Em todas as entrevistas foram aplicados o questionário SBST-Brasil e a Escala de Avaliação Numérica da Dor (EAN) (SALAFFI et al, 2011). Foram considerados apenas os pacientes estáveis, ou seja, os que apresentaram variações igual ou menor que 2 pontos na

EAN entre as duas entrevistas, já que este valor é considerado a mínima diferença clinicamente importante (MDCI) em pacientes com dor lombar crônica (LAURIDSEN et al, 2006). Os pacientes com variação na EAN maior que 2 pontos ou que não compareceram para a segunda entrevista foram excluídos do estudo.

4.3.1.2 Consistência Interna

Foi realizado um estudo piloto e aplicado o questionário SBST-Brasil em 105 pacientes com dor lombar para testar a consistência interna utilizando o Alfa de Cronbach, apresentando resultados iniciais abaixo do aceitável (MOKKINK et al., 2010), 0,59 para pontuação total e 0,51 para subescala psicossocial. Ao analisar as características desses primeiros 105 pacientes, foi observado que estes apresentavam heterogeneidade em relação à escolaridade (9% fundamental, 20% ensino médio, e 71% ensino superior completo) e aos grupos de classificação de risco do questionário (40% baixo risco, 43% médio risco e 17% alto risco). Portanto, uma nova amostra de pacientes (n=105) foi avaliada para testar a consistência interna com maior homogeneidade da amostra quanto à escolaridade (24,7% fundamental, 43,8% ensino médio e 31,5% ensino superior completo) e classificação de risco (50% baixo risco, 26% médio risco e 24% alto risco).

4.3.1.3 Erro Padrão da medida (EPM)

Para esse cálculo foi considerada a mesma amostra da análise de confiabilidade da primeira entrevista. Essa medida mostra apenas um erro de medida e não mudanças verdadeiras no resultado do questionário (TERWEE et al, 2007).

4.3.2 Validade de construto

O questionário SBST-Brasil foi correlacionado com os questionários já traduzidos e adaptados transculturalmente para a Língua Portuguesa do Brasil e com suas propriedades psicométricas analisadas, ODI, Brasil-RM, FABQ-Work e FABQ-Phys em uma amostra de 151 pacientes durante a primeira entrevista para o teste de confiabilidade. Todos os questionários possuem construtos semelhantes ao SBST, já que este se refere a vários aspectos como disfunção, dor referida, comorbidades, incômodo, catastrofização, medo, ansiedade e depressão. Os questionários usados nesse processo são específicos para disfunção,

como o ODI e Brasil-RM, e o FABQ apesar de também mensurar medo/ crenças assim como o SBST, todas as questões são específicas para atividade física no FABQ-Phys e ao trabalho no FABQ-Work. A seguir estão descritas todas as características dos questionários usados.

4.3.2.1 Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

São 16 afirmações que avaliam o quanto a crença e o medo de pacientes com dor lombar afetam questões relacionadas especificamente à atividade física (5 afirmações) (FABQ-Phys) e especificamente ao trabalho (11 afirmações) (FABQ-Work), com opções de resposta variando entre discordo completamente a concordo completamente, que variam entre 0 e 6 pontos respectivamente. A soma das respostas pode variar de 0-24 no FABQ-Phys e de 0-42 no FABQ-Work, e quanto maior o resultado, maior o medo e a crença que o paciente apresenta. A versão brasileira mostrou boa confiabilidade e boa consistência interna para a FABQ-Phys e FABQ-Work respectivamente (ICC = 0,84 e 0,91 e Alfa de Cronbach = 0,80 e 0,90) e boa correlação entre FABQ- Work com o Brasil-RM ($r = 0,72$) e com a escala numérica de dor ($r = 0,76$) e correlação moderada entre FABQ- Phys e o Brasil- RM ($r = 0,35$) e a escala numérica de dor ($r = 0,33$) (ABREU et al, 2008) (Anexo 1).

4.3.2.2 Oswestry Disability Index

É um questionário que mede função de pacientes com dor lombar, composto por 10 questões, com 6 opções de resposta em cada questão, valendo entre 0 e 5 pontos. A soma das dez questões é multiplicado por 2 e assim chega-se a uma porcentagem que varia de 0 (nenhuma disfunção) e 100% (disfunção máxima). Os itens são relacionados à intensidade de dor, cuidados pessoais (lavar-se, vestir-se, etc), levantar objetos, caminhar, sentar, ficar em pé, dormir, vida sexual, vida social e locomoção. A versão brasileira desse questionário mostrou boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,87), boa confiabilidade teste reteste (ICC= 0,99), correlação moderada com escala numérica de intensidade de dor ($r = 0,66$), alta correlação com o questionário Rolland Morris ($r = 0,81$) e com o domínio de função física do SF-36 ($r = 0,83$) (VIGATTO et al, 2007) (Anexo 2).

4.3.2.3 Rolland Morris

Esse questionário tem 24 questões relacionadas ao grau de dificuldade que pacientes com dor lombar apresentam ao executar atividades de vida diária, porém não apresentam questões relacionadas a fatores psicossociais (STRATFORD et al, 1998). Existem duas opções de resposta, SIM (1 ponto) e NÃO (0 ponto) para cada item, e a soma dessas questões variam de 0 (nenhuma dificuldade) a 24 pontos (extrema dificuldade). A versão brasileira apresentou boa confiabilidade teste-reteste (ICC = 0,94) e inter observador (ICC= 0,95), consistência interna aceitável (Alfa de Cronbach = 0,92) e alta correlação quando comparado com a escala qualitativa de dor ($r = 0,80$) e a Escala Visual Analógica (VAS) ($r = 0,79$) (NUSBAUM et al, 2001; COSTA et al., 2007) (Anexo 3).

4.4 Análises Estatísticas

O resultado da confiabilidade intra-avaliador foi obtido pelo Coeficiente Kappa ponderado quadrado acompanhado do intervalo de confiança (IC) de 95%, e os valores de confiabilidade foram classificados segundo Sim e Wright (2005) como pobre (≤ 0), leve (0,01 a 0,2), fraco (0,21 a 0,40), moderado (0,41 a 0,60), substancial (0,61 a 0,80) e quase perfeito (0,81 a 1,0), sendo esperado encontrar valores iguais ou maiores a 0,70 para confiabilidade do SBST, conforme sugerido pelo COSMIN (MOKKINK et al, 2010). As análises foram feitas com o programa SAS (versão 9.2).

Os dados da consistência interna foram avaliados pelo Alfa de Cronbach e os valores aceitáveis devem estar entre 0,70 e 0,95 (TERWEE et al, 2007).

O EPM foi calculado usando a fórmula: $EPM_{95} = 1.96 * DP * \sqrt{1 - Kappa_{test-retest}}$, associado a um nível de confiança de 95% (BEATON et al, 2000). O resultado foi considerado como muito bom se menor ou igual a 5%, bom se entre 5,1% e 10%, questionável se entre 10,1% e 20%, e fraco se acima de 20,1% (MAGALHÃES et al., 2011).

A validade de construto foi avaliada correlacionando o SBST-Brasil com a versão brasileira do ODI, Brasil-RM, FABQ-Phys e FABQ-Work, usando o coeficiente de Spearman, considerando como alto $r \geq 0,60$, como moderado $0,60 < r \geq 0,30$ e fraco, $r < 0,30$ (BRUYÉRE et al, 2014). Valores acima de 0,70 são recomendados quando o mesmo construto está sendo medido, porém quando construtos similares são comparados, valores abaixo de 0,70 são aceitáveis (TERWEE et al., 2007; COSTA et al., 2008).

5. RESULTADOS

Os dados demográficos dos sujeitos envolvidos no estudo encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1.Dados demográficos dos sujeitos envolvidos no estudo em todas as etapas.

Dados demográficos	Pré-teste I (n=52)	Pré-teste II (n=52)	Confiabilidade intra-avaliador, EPM (n=50)	Consistência interna (n=105)	Validade de Construto (n = 151)
Idade (anos), média (DP)	48,87(16,1)	50,1(19,3)	48 (14,5)	47,8 (14,2)	47,4 (14,4)
Sexo, n (%)					
Masculino	18 (34%)	24 (46%)	23 (46 %)	55 (42 %)	69 (45,7%)
Feminino	34 (66%)	28 (54%)	27 (54 %)	50 (48 %)	82 (54,3%)
IMC, média (DP)			25,35 (3,6)	26,3(4,5)	26,1 (3,78)
Escolaridade, n (%)					
Ensino fundamental	17 (32,6%)	16 (30,7%)	0 (0%)	26 (24,7%)	0 (0%)
Ensino médio	33 (63,4%)	31(59,6%)	15 (30%)	46 (43,8%)	27 (17,8)
Ensino superior	2 (4%)	5 (9,7%)	35 (70%)	33 (31,5 %)	124 (82,2)
EAN, média (DP)			5,6 (1,9)	5,5 (2,2)	5,6 (2,2)
Tempo de sintomas (anos), média (DP)					3,3 (7)
SBST- Brasil, média (DP)			2,64 (2,16)	4,1 (2,2)	3,97 (1,97)
Baixo Risco, n (%)			26 (52%)	53 (50%)	68 (45 %)
Médio Risco, n (%)			17 (34%)	28(26%)	61(40, 5 %)
Alto Risco, n (%)			7 (14%)	24 (24%)	22 (14, 5%)
FABQ-Phys, média (DP)					14,5 (6,2)
FABQ-Work, média (DP)					10,4 (9,5)
ODI, média % (DP)					26 (15)
Brasil-RM, média (DP)					10 (5,3)

Brasil- RM: Rolland Morris, versão brasileira; DP= Desvio padrão; EAN= Escala de Avaliação Numérica da Dor; FABQ –Phys: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Atividade física; FABQ-Work: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire- Trabalho; IMC = Índice de Massa Corpórea; ODI= Oswestry Disability Index , versão brasileira; SBST-Brasil= STarT Back Screening Tool, versão brasileira.

5.1 Tradução e Adaptação transcultural

A adaptação transcultural inicial do Questionário SBST para a Língua Portuguesa produziu versões bastante semelhantes, com pequenas diferenças entre as traduções T1 e T2. A Tabela 2 demonstra como essas diferenças foram solucionadas. Dessa forma, foram concluídas a primeira e a segunda etapa do processo de adaptação cultural, definindo-se a versão T12.

A etapa de retrotradução revelou que as versões RT1 e RT2 eram muito semelhantes entre si e bastante equivalentes à versão original do Questionário SBST, demonstrando a adequação da versão T12 à obtenção da versão pré-final.

O primeiro pré-teste revelou a necessidade de alteração apenas do sexto item do questionário: “Tenho ficado preocupado por muito tempo”, que não foi compreendido por mais de 20% indivíduos (NUSBAUM et al, 2001). Após a revisão do Grupo de Tradução e seguindo a sugestão do próprio autor, a adaptação do sexto item foi alterada para: “Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas”. Depois de alterado, o segundo pré-teste não apresentou dúvidas e ficou definida a versão brasileira final do questionário SBST, que se encontra no Apêndice.

Tabela 2. Modificações do Processo de Tradução do questionário SBST- Brasil.

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	T 1	T 2	T 12
3	I have only walked short distance	Evito andar longas distâncias	Eu somente andei curtas distâncias	Eu evito andar longas distâncias
4	I have dressed more slowly than usual	Demora para eu me vestir	Tenho me vestido mais lentamente que o habitual	Tenho me vestido mais devagar
5	It's really not safe for a person with a condition like mine to be physically active.	A atividade física é perigosa para as pessoas com a minha doença.	Não é realmente seguro para uma pessoa com uma condição como a minha para ser fisicamente ativo.	A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu
6	Worrying thoughts have been going through my mind a lot of the time	Fico preocupado frequentemente.	Pensamentos preocupantes têm passando na minha mente	Tenho ficado preocupado por muito tempo

5.2 Confiabilidade

A análise da confiabilidade intra-avaliador foi considerada substancial (SIM e WRIGHT, 2005) para os valores de classificação do questionário SBST-Brasil, com valor acima de 0,70, que é o mínimo necessário (MOKKINK et al, 2010).

O questionário SBST-Brasil também apresentou valores de consistência interna aceitáveis e um EPM considerado como muito bom. Tais resultados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Valores encontrados para Confiabilidade intra-avaliador (n= 50), Consistência interna (n=105) e EPM (n= 50) do questionário SBST-Brasil.

	Classificação	Pontuação total	Pontuação da
	Baixo/ Médio/Alto risco (95% IC)		Subescala psicossocial
Confiabilidade intra-avaliador (Kappa ponderado quadrado)	0,79 (0,63 – 0,95)		
Consistência Interna		0,74	0,72
EPM (%)		1,9	

EPM: Erro padrão de medida.

5.3 Validade de Construto

Em relação à validade de construto, a pontuação total do SBST-Brasil mostrou alta correlação com o Brasil-RM ($r = 0,61$), moderada correlação com o ODI versão brasileira ($r = 0,56$) e FABQ-Work ($r = 0,30$), e fraca correlação com o FABQ- Phys ($r = 0,18$). Os valores de correlação da subescala psicossocial do SBST foram considerados moderados quando comparados com o Brasil-RM ($r = 0,49$) e ODI ($r = 0,47$), e fracos quando comparados ao FABQ –Phys ($r = 0,21$) e FABQ-Work ($r = 0,24$). Todos os valores são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Valores encontrados na validade de construto, correlacionando o SBST-Brasil com o FABQ- Phys, FABQ-Work, ODI, Brasil-RM (n=151).

	FABQ- Phys	FABQ-Work	Brasil-RM	ODI
SBST-Brasil Subescala Psicossocial	0, 21	0, 24	0, 49	0, 47
SBST-Brasil Total	0, 18	0, 30	0, 61	0, 56

Brasil- RM: Rolland Morris, versão brasileira; FABQ –Phys: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Atividade física; FABQ-Work: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire- Trabalho; ODI= Oswestry Disability Index , versão brasileira; SBST- Brasil= STarT Back Screening Tool, versão brasileira.

Quando estratificamos por grupos de risco, os pacientes com dor lombar avaliados para a realização da validade de construto apresentam a caracterização demográfica demonstrada abaixo e a pontuação nas outras escalas avaliadas (tabela 5).

Tabela 5. Caracterização demográficas e pontuação das escalas FABQ-Phys, FABQ-Work, ODI, Brasil-RM dos pacientes classificados segundo o SBST-Brasil (n=151).

Média (IC 95%)	SBST-Brasil (Baixo Risco) (N=68)	SBST-Brasil (Médio Risco) (N= 61)	SBST-Brasil (Alto Risco) (N=22)
Idade (anos), média (DP)	43,6 (14,9)	49,1(13,85)	54,6 (10,5)
IMC, média (DP)	25,7 (3,4)	26,4 (4,03)	26,04 (4)
EAN	5 (4,4- 5,5)	6 (5,5 – 6,4)	6,7 (5,7-7,7)
Tempo de sintomas (anos)	1,9 (1,1 – 2,8)	5,5 (2,8- 7,4)	3,1 (-0,1 – 6,4)
FABQ-Phys	13,3 (11,8 – 14,9)	14,8 (13,5 – 16,1)	17,3 (14,4 – 20,2)
FABQ-Work	7,4 (5,6 – 9,2)	12,2 (9,7- 14,8)	14,8 (10,6 -19,1)
ODI, %	18,7 (15,9 – 21,6)	28,3 (25- 31,7)	42 (36,3 – 47,9)
Brasil – RM	7 (6,1-8)	11,5 (10,4 – 12,7)	15,2 (13,2- 17,3)

Brasil- RM: Rolland Morris, versão brasileira; DP= Desvio Padrão; EAN= Escala de Avaliação Numérica da Dor; FABQ –Phys: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Atividade física; FABQ-Work: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire- Trabalho; IMC = Índice de Massa Corpórea; ODI= Oswestry Disability Index , versão brasileira; SBST- Brasil: STarT Back Screening Tool, versão brasileira.

6. DISCUSSÃO

Para assegurar a aplicação de questionários estrangeiros na população brasileira, além da tradução, são necessárias adaptações transculturais de forma sistematizada e criteriosa para a Língua Portuguesa do Brasil. O processo de adaptação transcultural de questionários específicos não é simples, visto que não somente a língua é o diferencial entre os países, mas também as diferenças culturais devem ser consideradas para que seja mantida a validade e confiabilidade do instrumento (BEATON et al, 2000; BEATON,2000). Por isso, o processo de adaptação transcultural foi cuidadoso, procurando manter a equivalência semântica, idiomática e conceitual, sem perder os conceitos originais (MARCONDES et al, 2012). A única questão que apresentou dúvida foi a questão 6, e a modificação realizada foi sugerida pelo autor da escala para atender ao princípio da formulação da questão e aprovada pelo comitê de especialistas, quando reaplicada em nova amostra não apresentou mais dúvidas.

O questionário SBST-Brasil é o primeiro questionário brasileiro com o objetivo de triar e classificar os pacientes com dor lombar em relação ao risco de mau prognóstico no tratamento fisioterapêutico por influência de fatores psicossociais. A versão original do SBST também foi traduzida para outras línguas como o Espanhol, Francês, Dinamarquês, Árabe, Holandês, Alemão, Italiano, Polonês, Norueguês, Mandarim, Japonês, Italiano, Sueco, Turco, Urdu, Galês, Iorubá, porém ainda não existia nenhuma adaptação à Língua Portuguesa do Brasil (GUZI et al, 2011; MORSO et al, 2011; Keele.ac.uk [Internet]. North Staffordshire: The STarT Back Screening tool website; 2013; AZIMI et al, 2013; BRUYÈRE et al, 2014; LUAN et al, 2014).

A confiabilidade intra-avaliador do SBST-Brasil, testada pelo Kappa ponderado quadrado, revelou um resultado aceitável de 0,79 (95% IC 0,63 – 0,95) em relação ao resultado de classificação e próximos aos valores do questionário original (HILL et al, 2008), ICC = 0,73 (95% IC 0,57 – 0,84) para pontuação total e ICC = 0,76 (95% IC 0,52–0,89) para subescala psicossocial.

Os dados de consistência interna da versão final foram maiores que 0,70 (0,74 para pontuação total e 0,72 para subescala psicossocial). Esses valores são semelhantes aos apresentados na versão original (HILL et al., 2008) (0,79 para pontuação total e 0,74 para subescala psicossocial) e também nas versões francesa (BRUYÈRE et al, 2014) (0,73 para pontuação da subescala psicossocial) e iraniana (AZIMI et al, 2013) (0,82 para pontuação total e 0,79 para a subescala psicossocial), todas recomendadas para aplicação na prática clínica e em pesquisas. Até o presente, apenas essas duas versões relataram a consistência

interna e as amostras utilizadas nesses estudos não foram tão abrangentes em diagnósticos clínicos como no presente trabalho. Por outro lado, nesta versão Brasileira, os valores aceitáveis foram conseguidos em uma amostra em pacientes com variados diagnósticos, como dor lombar crônica inespecífica, pós cirúrgico com ou sem artrodese, pacientes com espondilolistese, estenose foraminal, estenose central degenerativa e, portanto representativa do ambiente clínico fisioterapêutico. Apesar da variedade de diagnósticos, a amostra foi melhor distribuída nos diferentes níveis de escolaridade e de classificação de risco. No estudo piloto conduzido para testar a consistência interna, a amostra possuía pouca representatividade de indivíduos com risco alto e com baixa escolaridade e a consistência interna resultante foi menor que 0,70 (0,59 para pontuação total e 0,51 para a subescala psicossocial). Nossos resultados sugerem que o SBST-Brasil pode apresentar melhor consistência interna quando aplicado em populações com variados níveis de risco e escolaridade.

Outro aspecto a ser discutido quanto aos valores de consistência interna do SBST é que o mesmo enfatiza a avaliação de aspectos psicossociais de enfrentamento, que podem ser fortemente influenciados pelo perfil psicossocial da amostra. Estudos futuros podem verificar se os valores de consistência se mantêm aceitáveis em população específicas como pacientes com dor lombar inespecífica crônica ou se o questionário deve ser aprimorado uma vez que se trata de escala bidimensional, isto é com mais de um construto.

O valor do EPM do SBST-Brasil foi classificado como muito bom (MAGALHÃES et al, 2011), e indica que a pontuação real do indivíduo pode variar 1,9 % acima ou abaixo da pontuação obtida no questionário, o que não demonstra mudanças reais no quadro do paciente e sim apenas um erro de medida.

O domínio da confiabilidade demonstrou bons resultados e muito similares aos da versão original, fazendo do SBST-Brasil um questionário confiável para ser aplicado na população brasileira.

Quanto à validade de construto, a ferramenta considerada padrão, isto é, com o construto equivalente ao SBST é o OMPSQ, porém ainda não estava disponível na versão brasileira, até o início deste estudo. O OMPSQ foi utilizado para a validação de construto com a versão original, que apresentou alta correlação ($r = 0,80$) (HILL et al, 2010), assim como a versão francesa ($r = 0,74$) (BRUYÈRE et al, 2014). Estudos futuros precisam ser conduzidos, correlacionando o SBST-Brasil com essa ferramenta.

A versão original também foi correlacionada com o FABQ-Work ($r = 0,23$), *Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ-9)* para depressão ($r = 0,59$), *Spielberger State-Trait Anxiety*

Inventory (STAI) para ansiedade ($r = 0,31$) e *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI) para raiva ($r = -0,29$) (NISENZON et al., 2013). Já nas outras versões traduzidas, o SBST apresentou alta correlação com ODI na versão iraniana ($r=0,81$) (AZIMI et al., 2013) e também com o RM na versão francesa ($r=0,74$) (BRUYÈRE et al, 2014). As versões dinamarquesa (MORSO et al, 2011) e chinesa (LUAN et al, 2014) fizeram a tradução e adaptação transcultural, validade discriminativa e confiabilidade intra avaliador, porém até o momento não foi publicado a validade de construto.

O principal objetivo do SBST é medir a influência de fatores psicossociais no prognóstico de pacientes com dor lombar, e apresenta dois itens relacionados a disfunção que são as afirmações 3 e 4 dos questionário SBST-Brasil (FRITZ et al., 2011). Tais itens possuem o mesmo construto dos questionários Brasil-RM e ODI, por isso a correlação com a pontuação total foi alta ($r = 0,61$) e moderada ($r = 0,56$) respectivamente. Já a correlação destes questionários com a pontuação da subescala psicossocial do SBST-Brasil foi considerada moderada ($r = 0,49$ com o Brasil-RM e $r = 0,47$ com o ODI), porém com valores mais baixos por essa subescala não apresentar afirmações relacionadas a disfunção.

Em relação ao FABQ, a correlação do SBST-Brasil com o FABQ-Work foi considerada moderada ($r = 0,3$) na pontuação total e fraca na pontuação da subescala psicossocial ($r = 0,24$) já que essa escala é específica para detectar aspectos psicossociais ligados especificamente ao trabalho enquanto o SBST não apresenta nenhuma afirmação específica a esse aspecto. Já a escala FABQ-Phys apresentou correlação fraca tanto com a pontuação total do questionário ($r = 0,18$) como com a pontuação da subescala psicossocial ($r = 0,21$) por também apresentar somente questões específicas a atividade física enquanto o SBST-Brasil apresenta somente a afirmação 5 relacionada a esse aspecto. Além disso, é um questionário relacionado a medo e crença, portanto relacionado a aspectos psicossociais que são subjetivos tanto para serem relatados, quanto para serem quantificados, o que pode ser uma das causas de valores baixos de correlação, em relação aos questionários de função ODI e Brasil-RM.

Portanto, nosso estudo correlaciona o SBST-Brasil com outras ferramentas também utilizadas para avaliação de alguns aspectos do paciente com dor lombar, com construtos similares ao SBST.

Quando estratificado a amostra de validade de construto ($n=151$) em grupos de risco segundo o SBST-Brasil, fica evidenciado a relação com pontos de corte do ODI, Brasil-RM e FABQ-Phys em relação ao risco de mau prognóstico na reabilitação. Os resultados do ODI apresentaram uma correlação alta com o SBST-Brasil e a subclassificação para interpretação

dos valores absolutos também se correlacionam com os grupos de classificação do SBST-Brasil. A pontuação do ODI foi subdividida em cinco grupos de 0-20%, 21-40%, 41-60%, 61-80% e 81-100% (FAIRBANK e PYNSENT, 2000) e segundo essa pontuação algumas indicações de tratamento foram sugeridas. No primeiro grupo de 0-20%, os pacientes conseguem realizar atividades diárias e normalmente não é necessário um acompanhamento frequente pela fisioterapia e sim algumas orientações em relação a levantamento de pesos e exercícios, concordando com as recomendações para o grupo de pacientes de baixo risco do SBST-Brasil, os quais apresentaram média do ODI igual a 18,7% (IC 95% 15,9 – 21,6). Já pacientes com pontuação entre 21-40%, referem mais sintomas de dor em certas atividades diárias e precisam de tratamento conservador, também concordando com as recomendações do SBST para pacientes classificados em médio risco que tiveram média do ODI de 27,6% (IC 95% 25- 31,7). Os pacientes que apresentam resultados no ODI entre 41-60% apresentam disfunção severa e necessitam de uma investigação detalhada, o que também concorda com a classificação do SBST para os pacientes classificados como alto risco no SBST-Brasil, que apresentaram média do ODI de 42 % (IC 95% 36,3 – 47,9). Estes pacientes de alto risco precisam de investigação detalhada principalmente em relação a aspectos psicossociais. Pacientes com pontuação no ODI acima de 61% são interpretados como incapazes, a dor afeta todos os aspectos da vida, está acamado ou exagerando os sintomas.

A classificação do SBST-Brasil também se correlacionou com os grupos do questionário RM, uma vez que a pontuação entre 0-8 pontos no RM representam baixa disfunção e entre 13-24 pontos altos níveis de disfunção, concordando com média das pontuações encontradas nos diferentes níveis de risco pelo SBST-Brasil (STRATFORD et al.; 1998). Os pacientes classificados como baixo risco apresentaram média de pontuação no Brasil-RM de 7 pontos (IC 95% 6,1 -8) que também apresentam baixos níveis de disfunção e risco de mau prognóstico, enquanto que os pacientes classificados em alto risco pelo SBST-Brasil apresentaram média de 15,2 pontos (IC 95% 13,2 – 17,3), os quais também apresentam altos níveis de disfunção e alto risco de mau prognóstico. Os pacientes classificados como médio risco apresentaram valores médios entre 11,5 pontos (IC 95% 10,4 – 12,7), os quais ficam entre os valores citados pelos autores.

Em relação ao FABQ, a escala FABQ-Phys apresenta boa especificidade ao identificar pacientes que pontuaram abaixo de 14 pontos, apresentando baixos níveis de cinesiofobia, os quais se beneficiarão mais com atividade física do que com tratamento convencional passivo (KLABER-MOFFETT et al, 2004; CLEALAND et al, 2008; GEORGE et al, 2008). Esse achado concorda com o resultado deste estudo que mostra que pacientes classificados como

baixo risco de mau prognóstico apresentaram média abaixo de 14 pontos, 13,3 pontos (IC 95% 11,8 – 14,9) no FABQ-Phys. Enquanto que os pacientes que apresentaram resultados excessivamente altos, acima de 14 pontos tiveram impactos negativos no tratamento, com recuperação mais demorada (POIRAUDEAU et al., 2006), também concordando com o grupo de alto risco do SBST-Brasil que apresentou resultados com média de 17,3 pontos (IC 95% 14,4 – 20,2). Além disso, a escala apresenta habilidade discriminativa ruim (CLEALAND et al, 2008) para identificar aqueles que não irão se beneficiar da atividade física ao apresentar níveis elevados de medo e expectativa ruim ao tratamento.

Já a escala FABQ-Work é útil em detectar pacientes em risco de mau prognóstico por medos e crenças relacionados especificamente ao trabalho, e resultados acima de 29 pontos nessa escala foram preditores de maus resultados na reabilitação (FRITZ e GEORGE, 2002; CLEALAND et al. 2008). Apesar de ter apresentado uma correlação moderada com o SBST-Brasil pontuação total ($r = 0,3$), nossos resultado do FABQ-Work para todos os subgrupos do SBST-Brasil foram abaixo de 29 pontos, inclusive o grupo de alto risco, mostrando que a classificação SBST-Brasil não se correlaciona com o ponto de corte do FABQ-Work para identificação de pacientes em risco de mau prognóstico por problemas laborais. Nisenzon et al. (2013) também encontraram médias menores que 29 pontos para todos os grupos de classificação do SBST.

Sendo assim, a estratificação do SBST-Brasil foi compatível com os grupos de classificação do ODI, Brasil-RM, FABQ-Phys, mostrando que os pacientes classificados como baixo risco no SBST-Brasil, também apresentaram baixo nível de disfunção no ODI e Brasil-RM e baixa cinesiofobia e expectativa ruim no tratamento no FABQ-Phys. Por outro lado, pacientes classificados como alto risco de mau prognóstico no SBST-Brasil também apresentaram alto nível de disfunção no ODI e Brasil-RM, além de cinesiofobia.

Em relação aos aspectos IMC, intensidade de dor (EAN) e média de tempo de sintomas não houve diferença entre os grupos de classificação do SBST-Brasil.

O uso do SBST resulta em diferenças importantes no padrão de tratamento primário de diferentes grupos de pacientes com dor lombar (HILL et al., 2011). Pacientes classificados em alto risco apresentam um prognóstico desfavorável por causa da presença de fatores psicossociais, como a cinesiofobia (FABQ-Phys acima de 14 pontos), depressão, catastrofização entre outros e alto nível de disfunção (pontuação acima de 40% no ODI e acima de 13 pontos no Brasil-RM). Com isso, podem não ter acesso a um tratamento específico que inclui abordagem física e psicossocial, com princípios cognitivos e comportamentais, e por isso podem evoluir de forma não adequadamente. Apesar dos

pacientes classificados como médio risco não terem um prognóstico tão desfavorável quanto os pacientes de alto risco, também precisam de tratamento de fisioterapia principalmente pelos sintomas físicos, pois apresentaram média no ODI entre 21 e 40%, e média acima de 8 pontos no Brasil-RM. Por outro lado, pacientes classificados em baixo risco têm um bom prognóstico, se beneficiando de orientações em relação aos sintomas de dor lombar e hábitos, não sendo necessário acompanhamento fisioterapêutico frequente, já que apresentaram baixa disfunção com média abaixo de 20% no ODI, média no Brasil-RM abaixo de 8 pontos e baixa cinesiofobia, com média abaixo de 14 pontos no FABQ-Phys. Com isso, nota-se que com essa ferramenta é possível ao fisioterapeuta definir de forma mais adequada qual a melhor abordagem a ser empregada no tratamento.

Ao comparar a decisão dos clínicos em relação ao prognóstico e a efetividade do questionário SBST em identificar pacientes que precisam de uma abordagem específica, foi observado que os resultados demonstraram concordância ruim entre o grupo avaliado pelo questionário e o grupo avaliado pelos clínicos. Este último, gravou um vídeo respondendo algumas perguntas pré estabelecidas sobre dor lombar, crenças e preocupações. O grupo avaliado pelos clínicos teve resultados piores que o grupo avaliado pelo questionário, mostrando a dificuldade que os clínicos enfrentam em identificar pacientes com alto risco de mau prognóstico (HILL et al., 2010). O questionário SBST, portanto, ajuda a identificar pacientes que necessitam de cuidados especiais, sendo uma ferramenta útil na triagem inicial dos pacientes com dor lombar, auxiliando na abordagem terapêutica, sendo também um complemento importante para a avaliação clínica, precisando ser correlacionado com outras medidas de função para que se tenham informações necessárias para a condução específica do tratamento. Além disso, também é útil no auxílio de estudos clínicos com pacientes com dor lombar e para a verificação de outras propriedades psicométricas deste questionário especialmente em populações específicas, assim como a análise fatorial nas diferentes subescalas.

No entanto, o questionário apresenta limitações como a falha em identificar problemas psicossociais em pacientes que não relatam sintomas de dor, além de não especificar preferências, expectativas e histórias prévias de tratamento (HILL et al., 2010), além da baixa correlação com os questionários FABQ- Phys e FABQ-W. Apesar de útil para triagem de pacientes com dor lombar, o monitoramento da progressão do quadro clínico deve ser feito com outros questionários como o FABQ para aspectos psicossociais (BENECIUK et al., 2012) e ODI e Brasil-RM para disfunção.

7. CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação transcultural do SBST para a Língua Portuguesa do Brasil foi realizado de forma satisfatória, gerando a versão SBST-Brasil, que mostrou boa confiabilidade intra avaliador, consistência interna aceitável, assim como o valor de EPM. Além disso, se mostrou válido ao apresentar alta correlação com o questionário Brasil-RM e correlação moderada com o ODI e FABQ-Work. Também se mostrou compatível com os valores de classificação do ODI, Brasil-RM e FABQ-Phys para identificar pacientes com risco de mau prognóstico. Portanto, o SBST-Brasil pode ser utilizado no país de forma válida e confiável, auxiliando no tratamento primário de dor lombar ao triar pacientes em relação ao risco de mau prognóstico de tratamento, levando em consideração fatores psicossociais.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu AM, Faria CDCM, Cardoso SMV, Teixeira-Salmela LF. Versão brasileira do Fear Avoidance Beliefs Questionnaire. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (3):615-623.

Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006; 15 Suppl 2:S192-300.

Apeldoorn AT, Bosselaar H, Ostelo RW, Luberti TB, Van der Ploeg T, Fritz JM, et al. Identification of Patients With Chronic Low Back Pain Who Might Benefit From Additional Psychological Assessment. *Clin J Pain*. 2012; 28(1): 23-31.

Azimi P, Shahzadi S, Azhari S, Montazeri A. A validation study of the Iranian version of STarT Back Screening Tool (SBST) in lumbar central canal stenosis patients. *J Orthop Sci*. 2014;19 (2):213-7.

Beaton, DE. Understanding the Relevance of Measured Change through Studies of Responsiveness. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000; 25(24): 3192-9.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000; 25:3186-91.

Beneciuk JM, Bishop MD, Fritz JF, Robinson ME, Asal NR, Nisenzon AN, et al. The STarT Back Screening Tool and Individual Psychological Measures: Evaluation of Prognostic Capabilities for Low Back Pain Clinical Outcomes in Outpatient Physical Therapy Settings. *PhysTher*. 2012; 93(3): 321-33.

Bruyère O, Demoulin M, Beaudart C, Hill JC, Maquet D, Genevay S, Mahieu G, Reginster JY, Crielaard JM, Demoulin C. Validity and Reliability of the French version of the STarT Back Screening Tool for patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014; 15 (39):123-8.

Bushnell MC, CekoM, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14 (7):502-11.

Cleland J A, Fritz J M, Brennan GP. Predictive validity of initial fear avoidance beliefs in patients with low back pain receiving physical therapy: is the FABQ a useful screening tool for identifying patients at risk for a poor recovery? *Eur Spine J*. 2008; 17:70–79.

Costa LCM, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Pozzi GC, Ribeiro RN. Psychometric Characteristics of the Brazilian-Portuguese Versions of the Functional Rating Index and the Roland Morris Disability Questionnaire. *Spine*, 2007. 32 (17): 1902–1907.

Costa LCM, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Ferreira ML, Pozzi GC, Freitas LMA. Clinimetric Testing of Three Self-report Outcome Measures for Low Back Pain Patients in Brazil. Which One Is the Best? *Spine*, 2008. 33 (22): 2459–2463.

Costa LCM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Hebert RD, Costa LOP. The prognosis of acute and persistent low back pain: a meta-analysis. *CMAJ*. 2012;184(11): E613-24.

Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J*, 2008. 8(1): 8-20.

Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low Back Pain Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports PhysTher*. 2012;42(4):A1-A57.

Fairbank JCT, Pynsent, PB. The Oswestry Disability Index. *Spine*.2000;25(22):2940-2953.

Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*. 2010; 148(3):398–406.

Fritz JM, Beneciuk JM, George SZ. Relationship Between Categorization With the STarT Back Screening Tool and Prognosis for People Receiving Physical Therapy for Low Back Pain. *PhysTher*. 2011; 91(5):722-732.

Fritz J M, George S Z. Identifying Psychosocial Variables in Patients With Acute Work-Related Low Back Pain: The Importance of Fear-Avoidance Beliefs. *PhysTher.* 2002; 82:973-983.

George SZ, Fritz JM, Childs JD. Investigation of Elevated Fear-Avoidance Beliefs for Patients With Low Back Pain: A Secondary Analysis Involving Patients Enrolled in Physical Therapy Clinical Trials. *J Orthop Sports PhysTher* 2008; 38(2):50-58.

Gusi N, Pozo-Cruz B, Olivares PR, Hernández-Mocholi M, Hill J C. The Spanish version of the “STarT Back Screening Tool” (SBST) in different subgroups. *Aten Primaria.* 2011 ;43(7):356-61.

Hebert JJ, Koppenhaver SL, Walker BF. Subgrouping Patients With Low Back Pain: A Treatment-Based Approach to Classification. *Sports Health.* 2011;3 (6):534-42.

Hilfiker R, Bachmann LM, Heitz CA, Lorenz T, Joronen H. Value of predictive instruments to determine persisting restriction of function in patients with subacute non-specific low back pain. Systematic review. *Eur Spine J.* 2007; 16(11): 1755-75.

Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment. *Arthritis Rheum.* 2008; 59(5): 632–641.

Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: A comparison of the STarT Back Tool with the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain.* 2010; 14(1): 83–89.

Hill JC, Fritz JM. Psychosocial Influences on Low Back Pain, Disability, and Response to Treatment. *PhysTher.* 2011; 91(5):712-21.

Hill JC, Vohora K, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Comparing the STarT Back Screening Tool’s Subgroup Allocation of Individual Patients with That of Independent Clinical Experts. *Clin J Pain.* 2010; 26(9):783–7.

Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomized controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9802): 1560–71.

Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A Systematic Review of the Global prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum*. 2012; 64(6): 2028–37.

Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. *British Journal of Anaesthesia*. 2013; 111 (1): 89–94.

Keele.ac.uk [Internet]. North Staffordshire: The STarT Back Screening tool website; 2013. Available from: <http://www.keele.ac.uk/sbst/translatedversions/>.

Klaber Moffett JA, Carr J, Howarth E. High Fear-Avoiders of Physical Activity Benefit From an Exercise Program for Patients With Back Pain. *Spine*. 2004; 29 (11): 1167–1173.

Lauridsen HH, Hartvigsen J, Manniche C, Korsholm L, GrunnetNilsson N. Responsiveness and minimal clinically important difference for pain and disability instruments in low back pain patients. *BMC MusculoskeletDisord*. 2006; 7:82.

Linton SJ, Shaw WS. Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *PhysTher*. 2011; 91(5):700 -11.

Luan S, Min Y, Li G, Lin C, Li X, Wu S, Ma C, Hill JC. Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity of the Chinese Version of the STarT Back Screening Tool in Patients With Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014; Epub ahead of print.

Magalhães M O, Costa L O. P, Ferreira M L, Machado L A C. Testes clinimétricos de dois instrumentos que mensuram atitudes e crenças de profissionais de saúde sobre a dor lombar crônica. *Rev Bras Fisioter*. 2011; 15 (3): 249-56.

Main CJ, George SZ. Psychologically informed practice for management of low back pain: future directions in practice and research. *PhysTher*. 2011; 91(5): 820-4.

Main C J, Sowden G, Hill J C, Watson P J, Hay E M. Integrating physical and psychological approaches to treatment in low back pain: the development and content of the STarT Back trial's 'high-risk' intervention (STarT Back; ISRCTN 37113406). *Physiotherapy*. 2012; 98(2):110–116.

Marcondes FB, Vasconcelos RA, Marchetto A, Andrade ALL, Zoppi Filho A, Etchebehere M. Tradução e adaptação cultural do Rowe Score para a língua portuguesa. *Acta Ortop Bras*. 2012; 20(6): 347-351.

Mokkink LB, Terwee CB, PatrickDL, AlonsoJ, Stratford PW, Knol DL et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *ClinEpidemiol*. 2010; 63(7): 737-45.

Morsø L, Albert H, Kent P , Manniche C, Hill J. Translation and discriminative validation of the STarT Back Screening Tool into Danish. *Eur Spine J*. 2011; 20:2166–2173.

Nicholas MK. Mental disorders in people with chronic pain: An international perspective. *Pain*. 2007; 129 (3): 231–32.

Nicholas MK. Depression in people with pain: There is still work to do. Commentary on 'Understanding the link between depression and pain'. *Scandinavian Journal of Pain*. 2011; 2(2): 45–46.

Nicholas MK, George SZ. Psychologically informed interventions for low back pain: an update for physical therapists. *Phys Ther*. 2011; 91(5): 765-76.

Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients with Low Back Pain: A Reappraisal. *PhysTher*. 2011; 91(5): 737- 753.

Nisenzon AN, George SZ, Beneciuk JM, Wandner LD, Torres C, Robinson ME. The Role of Anger in Psychosocial Subgrouping for Patients with Low Back Pain. 2013; 25. [Epub ahead of print]

Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res.* 2001; 34(2): 203-10.

Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002; 27(5): 109–20.

Poiraudeau S, Rannou F, Baron G, Le HA, Coudeyre E, Rozenberg S, et al. Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain. *Pain.* 2006; 124:305–311.

Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000; 25(24):3115–3124.

Scalzitti DA. Screening for psychological factors in patients with low back problems: Waddell's nonorganic signs. *Phys Thm.* 1997; 77:306-312.

Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Ciapetti A, Atzeni F. Clinimetric evaluations of patients with chronic widespread pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011; 25(2):249–70.

Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, et al. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. May, 2009.

Sim J, Wright CC. The Kappa Statistic in Reliability Studies: Use, Interpretation, and Sample Size Requirements. *PhysTher.* 2005; 85(3):257-68.

Stratford PW, Binkley JM, Riddle DL, et al. Sensitivity to change of the Roland-Morris back pain questionnaire: Part 1. *PhysTher.* 1998; 78:1186–96.

Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007; 60(1):34-42.

Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006; 15 Suppl 2:169–91.

Vigatto R, Alexandre N M C, Correa Filho H R. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Validity. *Spine*. 2007; 32 (4): 481–486.

Wideman TH, Hill JC, Main CJ, Lewis M, Sullivan MJL, Hay EM. Comparing the responsiveness of a brief, multidimensional risk screening tool for back pain to its unidimensional reference standards: The whole is greater than the sum of its parts. *Pain*. 2012; 153(11): 2182–91.

RESEARCH AND ENTERPRISE SERVICES

To whom it may concern:

The University of Keele confirms that the Universidade de São Paulo-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto is granted permission to develop a Brazilian version of the STarT Back tool developed by the University of Keele. Development work is to be performed as an MSc project by Ms Bruna Pilz Moraes Pelaio under the supervision of Dr Freddy Beretta Marcondes. The STarT Back tool and all associated background IP remains the property of the University of Keele.

Yours sincerely

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "h" or "Hooper".

Dr Peter Hooper
Head of Research and Enterprise Services
University of Keele

Apêndice 2: Carta de Autorização do Núcleo de Estudos do Instituto Wilson Mello

Núcleo de Estudos – INSTITUTO WILSON MELLO

Rua José Rocha Bonfim 214 | Ed. Chicago 1º andar | Cond. Praça Capital | Jd. Santa
Genebra - Campinas - SP | 13080-650 | Telefone (19) 3708 9999

Campinas, 10 de Fevereiro de 2013.

A quem possa interessar,

O Núcleo de Estudo e Pesquisa do Instituto Wilson Mello vem através desta aprovar a coleta dos dados da pesquisadora Bruna Pilz Moraes Pelajo em nosso banco de dados eletrônico dos pacientes com diagnóstico médico de lombalgia e lombociatalgia submetidos a sessões de fisioterapia no Instituto Wilson Mello a fim de realizar o estudo intitulado "Versão Brasileira do STarT Back Screening Tool: Tradução, Adaptação Transcultural, Confiabilidade e Validade de Construto."

O projeto de pesquisa "Versão Brasileira do STarT Back Screening Tool: Tradução, Adaptação Transcultural, Confiabilidade e Validade de Construto" se trata de um estudo experimental prospectivo que envolve a coleta de dados clínicos obtidos no serviço de fisioterapia do Instituto Wilson Mello de Campinas/SP, mediante parceria estabelecida com a Profa. Dra. Débora Bevilaqua Grossi do Programa de Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP. Na condição de Coordenador responsável pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa do Instituto Wilson Mello, autorizo a Profa. Dra. Débora Bevilaqua Grossi e a equipe envolvida neste projeto a utilizarem tais dados clínicos para fins de pesquisa científica.

Atenciosamente,

Ft. MSc. Paulo Teixeira
Coordenador Científico do Núcleo de Estudos
e Pesquisa do Instituto Wilson Mello

Dr. Paulo Araujo
Coordenador Médico do Núcleo de Estudos
e Pesquisa do Instituto Wilson Mello

Dr. Wilson Mello
Instituto Wilson Mello
wemello@iwemello.com.br

Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “Tradução, adaptação cultural e validação do questionário STarT Back Screening Tool-versão brasileira”

Pesquisador: Ft. Bruna Pilz Moraes Pelaio

O Sr.(a) está sendo convidado a participar de um estudo que tem como objetivo traduzir para a língua portuguesa o *STarT Back Screening Tool (SBST)*, um questionário de nove questões que originalmente foi feito em inglês, cujo propósito é identificar a presença de fatores psicológicos que possam influenciar no tratamento fisioterapêutico e assim, conseguir triar os pacientes para tratamento multidisciplinar se necessário. Para a tradução deste questionário, precisamos que o Sr(a) responda a versão em português elaborada pela nossa equipe e nos informe toda e qualquer dúvida em relação as questões e respostas nele presente. Suas considerações irá nos ajudar a chegar a uma versão capaz de ser facilmente compreendida. Além disso, o questionário também será comparado com outros três questionários de função relacionados aos sintomas de dor lombar durante as atividades de vida diária como por exemplo vestir-se, dormir, vida social, caminhar, trabalhar, praticar atividade física .

Primeiramente, o Sr.(a) será questionado quanto a aspectos sócio demográficos (por exemplo idade e escolaridade) e receberá a versão em português do *SBST* para responder. Ao final, um pesquisador virá questioná-lo quanto a dúvidas e dificuldades durante o preenchimento do questionário. Logo após também receberá os outros três questionários de função para respondê-los. Todas as suas considerações serão registradas, arquivadas e utilizadas para o processo de tradução do *SBST*, sem qualquer menção e vínculo à sua identidade. Sua participação neste estudo dura somente o tempo gasto para responder as perguntas sociodemográficas, as do questionário e as eventuais dúvidas, o que varia entre 10 a 20 minutos de acordo com cada pessoa.

A sua participação não é obrigatória. Mesmo que o Sr.(a) decida não participar, seu atendimento continuará sendo realizado sem qualquer prejuízo ao seu tratamento. Pela sua participação, o Sr.(a) não receberá nenhum tipo de seguro de vida ou de saúde que possa beneficiá-lo(a).

Caso o Sr.(a) queira participar do estudo, deverá assinar este documento de consentimento e tem a inteira liberdade de desistir da participação a qualquer momento sem qualquer penalização.

Eu, _____, RG _____,
declaro que tenho _____ anos e que estou devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e os procedimentos envolvidos no estudo intitulado “Tradução, adaptação cultural e validação do questionário StarT Back screening Tool - versão brasileira”. Fui informado(a) que os dados do estudo serão utilizados para fins científicos e que minha identidade será mantida em segredo. Sei que não sou obrigado(a) a participar do estudo e não terei nenhum prejuízo em meu tratamento, caso não queira participar. Poderei me informar sobre o andamento do estudo e terei liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento.

Campinas, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do voluntário

Assinatura do voluntário

Ft. Bruna Pilz Moraes

Pesquisadora Responsável

Para questões relacionadas a este estudo, contate:

Ft. Bruna Pilz Moraes
Fone: (0XX19) 3708-9999/ (0XX19) 9631-3310
Email: bruna@iwmello.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - PUC-Campinas
Fone: (0XX19) 3343-6777
Email: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Apêndice 4: Carta de Aprovação do Comitê de Ética

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução, adaptação cultural e validação do questionário StarT Back Screening Tool para a versão brasileira.

Pesquisador: Bruna Pilz Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08166112.2.0000.5481

Instituição Proponente: IWM WELLNESS E FISIOTERAPIA LTDA ((Instituto Wilson Mello))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 150.139

Data da Relatoria: 21/11/2012

Apresentação do Projeto:

Dor lombar é um dos maiores problemas de saúde no mundo. Cada ano, aproximadamente 3,5 milhões de pessoas desenvolvem dor nas costas e 7-9 % procuram um médico. Além disso, uma média de 85% das consultas de dor lombar terão o diagnóstico de dor lombar não específica. A dor tem claros impactos emocionais e comportamentais que influenciam no desenvolvimento de patologias crônicas e alta de tratamentos específicos. Ainda

esses fatores não são mensurados em clínicas de fisioterapia, menos ainda são suficientemente utilizados para auxiliar no tratamento. Sendo assim, o entendimento do processo psicológico básico é essencial para um tratamento clínico eficiente. Por isso é importante uma ferramenta para distinguir subgrupos de pacientes com dor lombar na presença de prognósticos variáveis físicos e psicossociais e risco de desenvolver dor crônica, e fazer com que o tratamento seja mais específico e consequentemente mais eficaz, principalmente para pacientes com alto risco de doenças psicológicas.

Essa ferramenta é denominada StarT Back Screening Tool, desenvolvido na Inglaterra por Hill e colaboradores. Para que estes questionários

possam ser utilizados na língua portuguesa eles devem ser traduzidos e adaptados à cultura do brasileiro para que seja avaliada a confiabilidade e validade destes questionários.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 138

Bairro: Parque das Universidades

CEP: 13.088-900

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3343-8777

Fax: (19)3343-8777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS

Objetivo da Pesquisa:

- Traduzir, adaptar culturalmente e validar o questionário SBST (StarT Back Screening Tool) para a língua portuguesa do Brasil;
- Analisar a reprodutibilidade do questionário (confiabilidade);
- Comparar os resultados entre SBST, FABQ, ODI, RM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não existem riscos para os participantes da pesquisa por se tratar de preenchimento de questionários, não tendo nenhuma influência no tratamento ou na patologia do paciente envolvido na pesquisa.

Benefícios: o possível benefício para comunidade científica e sociedade inclui a utilização de uma ferramenta útil na identificação de pacientes que apresentem problemas psicológicos importantes, além dos sintomas de dor lombar, e direcioná-lo ao tratamento multidisciplinar específico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata-se da validação da ferramenta StarT Back Screening Tool, desenvolvido na Inglaterra por Hill e colaboradores. Para que estes questionários possam ser utilizados na língua portuguesa eles devem ser traduzidos e adaptados à cultura do brasileiro para que seja avaliada a confiabilidade e validade destes questionários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

O Projeto atende aos requisitos solicitados pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 138

Bairro: Parque das Universidades

CEP: 13.086-900

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Apêndice 5: Versão Brasileira do questionário STarT Back Screening Tool (SBST-Brasil)

Pensando nas duas últimas semanas, assinale sua resposta para as seguintes perguntas:

	Discordo (0)	Concordo (1)
1. A minha dor nas costas se espalhou pelas pernas nas duas últimas semanas	()	()
2. Eu tive dor no ombro e/ou na nuca pelo menos uma vez nas últimas duas semanas	()	()
3. Eu evito andar longas distâncias por causa da minha dor nas costas	()	()
4. Nas duas últimas semanas, tenho me vestido mais devagar por causa da minha dor nas costas	()	()
5. A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu	()	()
6. Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas	()	()
7. Eu sinto que minha dor nas costas é terrível e que nunca vai melhorar	()	()
8. Em geral, eu não tenho gostado de todas as coisas como eu costumava gostar	()	()
9. Em geral, quanto a sua dor nas costas te incomodou nas duas ultimas semanas	() Nada () Pouco () Moderado () Muito () Extremamente	

Pontuação total (9 itens): _____ Subescala psicossocial (5-9 itens): _____

Anexo 1: Versão Brasileira do questionário *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ-Brasil)

Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto as atividades físicas como fletir o tronco, levantar, caminhar ou dirigir, afetam ou afetariam sua dor nas costas.

FABQ- Phys	Pontuação
1. Minha dor foi causada por atividade física	0 1 2 3 4 5 6
2. A atividade física faz minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
3. A atividade física pode afetar minhas costas	0 1 2 3 4 5 6
4. Eu não deveria realizar atividades físicas que poderiam fazer a minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
5. Eu não posso realizar atividades físicas que poderiam fazer minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto o seu trabalho normal afeta ou afetaria sua dor nas costas (FABQ-Work)	
6. Minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	0 1 2 3 4 5 6
7. Meu trabalho agravou minha dor	0 1 2 3 4 5 6
8. Eu tenho uma reivindicação de pensão em virtude da minha dor	0 1 2 3 4 5 6
9. Meu trabalho é muito pesado para mim	0 1 2 3 4 5 6
10. Meu trabalho faz ou poderia fazer minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
11. Meu trabalho pode prejudicar minhas costas	0 1 2 3 4 5 6
12. Eu não deveria realizar meu trabalho normal com minha dor atual	0 1 2 3 4 5 6
13. Eu não posso realizar meu trabalho normal com minha dor atual	0 1 2 3 4 5 6
14. Eu não posso realizar meu trabalho normal até que minha dor seja tratada	0 1 2 3 4 5 6
15. Eu não acho que estarei de volta ao trabalho normal dentro de três meses	0 1 2 3 4 5 6
16. Eu não acho que algum dia estarei apto para retornar ao meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6

Os itens 1, 8, 13, 14 e 16 não entram na contagem de pontos.

Instruções – itens relacionados com o relato de alguns pacientes sobre sua dor: 0 = discordo completamente; 1 = discordo razoavelmente; 2 = discordo ligeiramente; 3 = não sei dizer; 4 = concordo ligeiramente; 5 = concordo razoavelmente; 6 = concordo completamente.

Anexo 2. Versão Brasileira do questionário Oswestry Disability Index (ODI)

Assinale em cada uma delas apenas a resposta que mais claramente descreve a sua condição no dia a dia.

Seção 1 – Intensidade da Dor

- ☐ Não sinto dor no momento.
- ☐ A dor é muito leve no momento.
- ☐ A dor é moderada no momento.
- ☐ A dor é razoavelmente intensa no momento.
- ☐ A dor é muito intensa no momento.
- ☐ A dor é a pior que se pode imaginar no momento.

Seção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)

- ☐ Posso cuidar de mim mesmo normalmente sem que isso aumente a dor.
- ☐ Posso cuidar de mim mesmo normalmente, mas sinto muita dor.
- ☐ Sinto dor ao cuidar de mim mesmo e faço isso lentamente e com cuidado.
- ☐ Preciso de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- ☐ Preciso de ajuda diária na maioria dos aspectos de meus cuidados pessoais.
- ☐ Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama

Seção 3 – Levantar Objetos

- ☐ Consigo levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- ☐ Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.
- ☐ A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.
- ☐ A dor me impede de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.
- ☐ Consigo levantar apenas objetos muito leves.
- ☐ Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

Seção 4 – Caminhar

- ☐ A dor não me impede de caminhar qualquer distância.
- ☐ A dor me impede de caminhar mais de 1.600 metros (aproximadamente 16 quarteirões de 100 metros).
- ☐ A dor me impede de caminhar mais de 800 metros (aproximadamente 8 quarteirões de 100 metros).
- ☐ A dor me impede de caminhar mais de 400 metros (aproximadamente 4 quarteirões de 100 metros).
- ☐ Só consigo andar usando uma bengala ou muletas.
- ☐ Fico na cama a maior parte do tempo e preciso me arrastar para ir ao banheiro.

Seção 5 – Sentar

- ☐ Consigo sentar em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que quiser.
- ☐ Consigo sentar em uma cadeira confortável durante o tempo que quiser.
- ☐ A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora.
- ☐ A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora.
- ☐ A dor me impede de ficar sentado por mais de 10 minutos.
- ☐ A dor me impede de sentar.

Seção 6 – Ficar em Pé

- ☐ Consigo ficar em pé o tempo que quiser sem aumentar a dor.
- ☐ Consigo ficar em pé durante o tempo que quiser, mas isso aumenta a dor.
- ☐ A dor me impede de ficar em pé por mais de 1 hora.
- ☐ A dor me impede de ficar em pé por mais de meia hora.
- ☐ A dor me impede de ficar em pé por mais de 10 minutos.
- ☐ A dor me impede de ficar em pé.

Seção 7 – Dormir

- ☐ Meu sono nunca é perturbado pela dor.
- ☐ Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
- ☐ Durmo menos de 6 horas por causa da dor.
- ☐ Durmo menos de 4 horas por causa da dor.
- ☐ Durmo menos de 2 horas por causa da dor.
- ☐ A dor me impede totalmente de dormir.

Seção 8 – Vida Sexual

- ☐ Minha vida sexual é normal e não aumenta minha dor.
- ☐ Minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.
- ☐ Minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.
- ☐ Minha vida sexual é severamente limitada pela dor.
- ☐ Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.
- ☐ A dor me impede de ter uma vida sexual.

Seção 9 – Vida Social

- ☐ Minha vida social é normal e não aumenta a dor.
- ☐ Minha vida social é normal, mas aumenta a dor.
- ☐ A dor não tem nenhum efeito significativo na minha vida social, porém limita alguns interesses que demandam mais energia, como por exemplo, esporte, etc.
- ☐ A dor restringe minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
- ☐ A dor restringe minha vida social ao meu lar.
- ☐ Não tenho vida social por causa da dor.

Seção 10 – Locomoção (ônibus/carro/táxi)

- ☐ Posso ir a qualquer lugar sem sentir dor.
- ☐ Posso ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor.
- ☐ A dor é intensa, mas consigo me locomover durante 2 horas.
- ☐ A dor restringe-me a locomoções de menos de 1 hora.
- ☐ A dor restringe-me a pequenas locomoções necessárias de menos de 30 minutos.
- ☐ A dor impede de locomover-me, exceto para receber tratamento.

Anexo 3: Versão Brasileira do questionário *Rolland Morris* (Brasil- RM)

	SIM	NÃO
<p>1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas</p> <p>2. Mudo de posição freqüentemente tentando deixar minhas costas confortáveis</p> <p>3. Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas</p> <p>4. Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.</p> <p>5. Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.</p> <p>6. Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar mais freqüentemente.</p> <p>7. Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.</p> <p>8. Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.</p> <p>9. Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.</p> <p>10. Eu somente fico em pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.</p> <p>11. Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.</p> <p>12. Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.</p> <p>13. As minhas costas doem quase que o tempo todo.</p> <p>14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas.</p> <p>15. Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.</p> <p>16. Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.</p> <p>17. Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.</p> <p>18. Não durmo tão bem por causa de minhas costas.</p> <p>19. Por causa de minhas dores nas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.</p> <p>20. Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.</p> <p>21. Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.</p> <p>22. Por causa das dores em minhas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.</p> <p>23. Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagorosamente do que o habitual.</p> <p>24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.</p>		