

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**

**2023**

**Tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro de  
escalas de expectativas para dor lombar crônica**



**PPGRDF**

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



**BEATRIZ OLIVEIRA AZEVEDO**

**Dissertação**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

BEATRIZ OLIVEIRA AZEVEDO

---

Tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro de escalas de expectativas para dor lombar crônica

---

**Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional.

Área de Concentração: Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Thaís Cristina Chaves

RIBEIRÃO PRETO

2023

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.

Catálogo na publicação  
Serviço de Biblioteca e Documentação  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Azevedo, Beatriz Oliveira

Tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro de escalas de expectativas para dor lombar crônica. Ribeirão Preto, 2023. p.:127.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-Graduação Reabilitação e Desempenho Funcional. Área de concentração: Fisioterapia.

Versão original.

1. Preferência do paciente 2. Dor lombar 3. Dor Crônica 4. Estudos de validação 5. Questionários. I. Chaves, Thaís Cristina, orient. II. Tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro de escalas de expectativas para dor lombar crônica

Nome: AZEVEDO, Beatriz Oliveira

Título: Tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro de escalas de expectativas para dor lombar crônica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação Reabilitação e Desempenho Funcional.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar, iluminar, capacitar diante dos obstáculos encontrados ao longo do percurso e por florir o meu caminho com pessoas especiais.

Agradeço aos meus pais e avós que não mediram esforços para propiciar a realização desta conquista. São os verdadeiros pilares de sustentação dos meus sonhos e que enraizaram todas suas forças para que minha base fosse tão fortemente estável quanto nutrida de amor. Obrigada pelo incentivo, apoio, carinho e compreensão.

Ao meu marido Luiz Fernando, meu maior incentivador, que durante todos esses anos sempre me apoiou, incentivou e ajudou a superar todos os obstáculos. Obrigada por torcer e vibrar com toda sua energia diante das minhas conquistas, não poupando apoio incondicional. Agradeço por ser tão amável, compreensivo, inquestionável é sua importância na minha vida.

Aos membros do grupo LabMovDor, agradeço pelas amizades, pela oportunidade de troca de conhecimentos. A contribuição de cada um de vocês foi essencial para o meu crescimento profissional e para o amadurecimento deste projeto. Em especial, agradeço a minha amiga e parceira Gabriela Zuelli, seu apoio foi crucial para percorrer todo esse processo.

Um agradecimento especial a professora Thaís Cristina Chaves, uma das minhas maiores admirações do meio acadêmico, que me acolheu e apostou em meu potencial como sua aluna. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos, por sua paciência na minha jornada, por me auxiliar nas minhas limitações. Posso dizer que minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

Por fim, agradeço o apoio do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional ao empenho em tornar esta especialização reconhecida pela alta qualidade de ensino.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores,  
para fazer melhor ainda!”.*

**Mario Sergio Cortella**

## RESUMO

**AZEVEDO, B. A. Tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro de escalas de expectativas para dor lombar crônica. 2023. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.**

**Introdução:** As expectativas dos pacientes podem influenciar os resultados dos tratamentos para dor, desta forma, as avaliações dessas expectativas são necessárias para compreender os fatores moduladores dos resultados. A maioria dos instrumentos de avaliação das expectativas foram desenvolvidos em língua estrangeira, por esse motivo, faz-se necessária a adaptação transcultural e validação dos instrumentos para uso em português Brasil.

**Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural e validação para o português brasileiro das escalas Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS), Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC) e das escalas de item único que avaliam expectativa, em pacientes com dor lombar crônica (DLC). **Métodos:** Participaram do estudo 203 voluntários com DLC, com média de idade de 44,70 e desvio padrão (10,56) e prevalência do sexo feminino em 62% da amostra. O processo de adaptação transcultural ocorreu em cinco etapas: tradução inicial, síntese de tradução, retrotradução, consenso com comitê de especialista e o teste da versão pré-final. Para avaliação das propriedades de medidas realizamos a análise fatorial confirmatória (AFC) para testar as estruturas das escalas e o alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos itens das escalas TEC e SETS; para análise de confiabilidade das escalas de expectativas utilizamos o coeficiente de correlação intraclassa (ICC) e a mínima diferença detectável (SDC); a correlação de Spearman foi utilizada para testar as hipóteses prévias das escalas de expectativas para análise da validade de construto. **Resultados:** A AFC para a escala SETS-Br confirmou um modelo bifatorial e cargas fatoriais adequadas, a TEC-Br apresentou valores adequados de AFC e carga fatorial quando testadas separadamente em TEC-Br ideal e TEC-Br real. A consistência interna da SETS-Br demonstrou valores de alfa de Cronbach de 0,76 no domínio positivo e no domínio negativo de 0,62, a TEC-Br ideal apresentou valores de 0,90 e TEC-Br real de 0,88. A SETS-Br apresentou valores de confiabilidade no domínio positivo de ICC=0,81 e domínio negativo de ICC=0,74 e a TEC-Br ideal valores de ICC=0,88 e a real de ICC=0,89. As escalas de item único que avaliam expectativas apresentaram excelentes valores de confiabilidade e a mínima diferença detectável também foi apresentada: expectativa de alívio da dor com tratamento ICC=0,93, SDC= 0,85, expectativa de melhora da dor lombar com tratamento ICC=0,79, SDC=0,70, expectativa de melhora da dor lombar ICC=0,88, SDC=1,24 e a expectativa de recuperação ICC=0,94, SDC=1,39. A única escala que confirmou 75% das hipóteses previamente estabelecidas foi a TEC-Br real, as escalas de item único que avaliam expectativas confirmaram apenas 57% das hipóteses e a SETS-Br domínio positivo apenas 22% e o negativo 11% das hipóteses. **Conclusão:** As escalas traduzidas e adaptadas avaliam as expectativas de resultado e de tratamento, essas escalas atenderam parcialmente os critérios de qualidade de propriedades de medidas para seu uso em pacientes com dor lombar crônica.

Palavras-chave: preferência do paciente, dor lombar, dor crônica, estudos de validação e questionários.

## ABSTRACT

**AZEVEDO, B. A. Translation, cross-cultural adaptation and validation into Brazilian Portuguese of expectations scales for chronic low back pain. 2023. Dissertation – Faculdade de Medicina de ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.**

**Introduction:** Patients' expectations may influence the results of pain treatments; thus, evaluations of these expectations are necessary to understand the modulating factors of the results. Most expectations assessment instruments have been developed in foreign languages, therefore, cross-cultural adaptation and validation of instruments for use in Brazilian Portuguese is necessary. **Objective:** To perform the cross-cultural adaptation and validation into Brazilian Portuguese of the Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS), Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC) and of the single-item scales that assess expectations in patients with chronic low back pain (CLB). **Methods:** 203 volunteers with CLB participated in the study, with a mean age of 44.70 and standard deviation (10.56) and a prevalence of females in 62% of the sample. The cross-cultural adaptation process occurred in five stages: initial translation, translation synthesis, back translation, consensus with an expert committee and pre-final version testing. To evaluate the measurement properties we performed the confirmatory factor analysis (AFC) to test the structures of the scales and Cronbach's alpha to verify the internal consistency of the items of the TEC and SETS scales; for reliability analysis of the expectations scales we used the intraclass correlation coefficient (ICC) and the minimum detectable difference (SDC); Spearman's correlation was used to test the previous hypotheses for analyzing the validity of the hypothesis test construct of the expectations scales. **Results:** The AFC for the SETS-Br scale confirmed a bifactorial model and obeyed factor loadings, the TEC-Br showed adequate values of AFC and factor loading when studied separately in ideal TEC-Br and real TEC-Br. The internal consistency of the SETS-Br showed Cronbach's alpha values of 0.76 in the positive domain and 0.62 in the negative domain, the ideal TEC-Br presented values of 0.90 and the real TEC-Br of 0.88. The SETS-Br presented reliability values in the positive domain of ICC=0.81 and negative domain of ICC=0.74 and the TEC-Br ideal values of ICC=0.88 and the real of ICC=0.89. As single-item scales that assessed excellent expectations demonstrated reliability values and a minimal detectable difference, the following was also presented: expectation of pain relief with ICC treatment=0.93, SDC=0.85, expectation of improvement in low back pain with ICC treatment = 0.79, SDC=0.70, expected improvement in low back pain ICC=0.88, SDC=1.24 and expected recovery ICC=0.94, SDC=1.39. The only scale that confirmed 75% of the previously experienced experiences was the real TEC-Br, as single item scales that evaluated the expectations confirmed only 57% of the hypotheses and the positive domain SETS-Br only 22% and 11%. of the hypotheses. **Conclusion:** The translated and adapted scales assessed outcome and treatment expectations, these scales partially met the quality criteria of measurement properties for their use in patients with chronic low back pain.

Keywords: patient preference, low back pain, chronic pain, validation studies and questionnaires.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela</b>	<b>Descrição</b>	<b>Página</b>
Tabela 1.	Correlações esperadas entre as escalas de expectativas utilizadas para teste de hipóteses para validade de construto.	35
Tabela 2.	Caracterização da amostra para cada etapa de validação as escalas de expectativas;	41
Tabela 3.	Análise fatorial confirmatória (AFC) das escalas SETS-Br e TEC-Br.	45
Tabela 4.	Descrição dos valores de Alfa de Cronbach das escalas SETS-Br e TEC-Br (n=203).	47
Tabela 5.	Valores médios da pontuação dos itens e desvios padrões, valores médios de ICC (IC 95%) e o SDC da escala SETS-Br (n=200).	48
Tabela 6.	Valores médios da pontuação dos itens e desvios padrões, valores médios de ICC (IC 95%) e o SDC das escalas TEC-Br Ideal e TEC-Br Real (n=200).	48
Tabela 7.	Valores médios da pontuação e desvios padrões, valores médios de ICC (IC 95%) e o SDC das escalas de item único (n=107).	49
Tabela 8.	Valores de correlação de Spearman entre a pontuação das escalas (n=110).	52
Tabela 9.	Resumo dos dados das propriedades de medidas analisadas.	53

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Descrição</b>	<b>Página</b>
Figura 1.	Etapa de Adaptação Transcultural	27
Figura 2.	Etapas de todo processo de adaptação e validação transcultural.	39
Figura 3.	Etapas do processo de adaptação transcultural da SETS e TEC para o português brasileiro.	44
Figura 4.	Diagrama representativo da análise fatorial confirmatória dos dois domínios da escala SETS-Br, descrevendo as cargas fatoriais para cada item. Q = itens; e = erro.	46
Figura 5A e 5B.	Diagrama representativo da análise fatorial confirmatória das escalas TEC-Br Ideal e TEC-Br Real, descrevendo as cargas fatoriais para cada item. Q = itens; e = erro.	46

## LISTA DE SIGLAS

Sigla	Descrição
<b>DL</b>	Dor lombar
<b>COSMIN</b>	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>
<b>TEC</b>	<i>Treatment Expectations in Chronic Pain Scale</i>
<b>SETS</b>	<i>Stanford expectations of treatment scale</i>
<b>DLC</b>	Dor lombar crônica
<b>ODI</b>	Índice de incapacidade <i>Oswestry</i>
<b>END</b>	Escala numérica de dor
<b>GAD-7</b>	Escala de ansiedade generalizada
<b>PHQ-9</b>	Questionário sobre a saúde do paciente
<b>PSEQ</b>	Questionário de autoeficácia sobre a dor
<b>TOV-R</b>	Teste Orientação de Vida
<b>NA</b>	Não se aplica
<b>DP</b>	Desvio padrão
<b>AFC</b>	Análise fatorial confirmatória
<b>SDC</b>	Mínima diferença detectável
<b>ICC</b>	Coefficiente de correlação interclasse
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Science</i>
<b>T1</b>	Tradução inglês/português realizada pelo tradutor leigo
<b>T2</b>	Tradução inglês/português realizada pelo tradutor com conhecimento da área
<b>T12</b>	Síntese das traduções
<b>RT1</b>	Retrotradução português/inglês - versão do tradutor 1
<b>RT2</b>	Retrotradução português/inglês - versão do tradutor 2
<b>CAIC</b>	Critério de informações consistentes Akaike
<b>CFI</b>	Índice de ajuste comparativo
<b>GFI</b>	Índice de bondade do ajuste
<b>ECVI</b>	Índice de validação cruzada esperado
<b>RMSEA</b>	Erro médio quadrático de aproximação
<b>TLI</b>	Índice de Tucker Lewis
<b>CMIN</b>	Qui-quadrado

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	Dor lombar.....	15
1.2	Expectativas, Efeito Placebo e Resultados de Tratamento.....	16
1.3	Avaliação das Expectativas de Resultados de Tratamentos .....	17
1.4	Propriedades de Medidas de Instrumentos de Avaliação.....	18
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
<b>3.</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	23
3.1	Considerações éticas .....	23
3.2	Seleção da amostra.....	23
3.3	Autorização e diretrizes prévias-versão original .....	23
3.4	Escalas de Expectativas em sua versão original.....	23
3.4.1	Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC)- Anexo III.....	23
3.4.2	Stanford expectations of treatment scale (SETS)- Anexo IV.....	24
3.4.3	Escalas de item único que avaliam expectativas.....	25
3.5	Processo de adaptação transcultural das escalas de expectativas para o português brasileiro.....	27
3.5.1	Etapa de Tradução Inicial para o Português.....	27
3.5.2	Etapa de Síntese das Traduções.....	28
3.5.3	Etapa de Retrotradução ou Backtranslation.....	28
3.5.4	Etapa de Reunião com Comitê de Especialistas.....	29
3.5.4.1	Apresentação da versão adaptada aos autores dos instrumentos originais.....	29
3.5.5	Etapa de pré-teste da versão (entrevistas cognitivas).....	29
3.5.5.1	Amostra do Pré-teste.....	30
3.6.1	Instrumentos de avaliação para caracterização da amostra.....	30
3.6.1.1	Teste Mini-Cog – Anexo X.....	30
3.6.1.2	Escala numérica de dor (END)– Anexo XI.....	31
3.6.1.3	Índice de Incapacidade <i>Oswestry</i> -(ODI) – Anexo XII.....	31
3.6.1.4	Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7) – Anexo XIII.....	31
3.6.1.5	Questionário sobre a saúde do Paciente ( <i>Patient Health Questionnaire</i> - PHQ-9) - Anexo XIV.....	32

3.6.1.6	Questionário de autoeficácia sobre a dor ( <i>Pain Self-Efficacy Questionnaire</i> - PSEQ) – Anexo XV.....	32
3.6.1.7	Teste Orientação de Vida (TOV-R): Otimismo e Pessimismo- Anexo XIX.....	33
3.7	Procedimentos para análise das propriedades de medidas.....	33
3.8	Análises estatísticas.....	36
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
4.1	Caracterização da Amostra.....	39
4.2	Adaptação Transcultural.....	42
4.3	Teste da versão pré-final das escalas de expectativas adaptadas transculturalmente.....	44
4.4	Validade Estrutural da SETS-Br e TEC-Br.....	45
4.5	Consistência Interna da SETS-Br e TEC-Br Ideal e TEC-Br Real.....	47
4.6	Confiabilidade das escalas SETS-Br, TEC-Br e escalas de item único.....	47
4.7	Validade de Construto das escalas SETS-Br, TEC-Br e escalas de item único.....	49
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>55</b>
5.1	Características da amostra e Processo de adaptação transcultural.....	55
5.2	Validade estrutural das escalas SETS-Br e TEC-Br.....	57
5.3	Consistência interna, Confiabilidade e Medida de Erro.....	58
5.4	Validade de construto.....	61
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>81</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>107</b>



## INTRODUÇÃO

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Dor lombar

A dor lombar (DL) é considerada uma condição de saúde de etiologia multifatorial apresentando grandes impactos socioeconômicos no mundo todo (MUTUBUKI et al., 2019; HARTVIGSEN et al., 2018). Devido a sua alta prevalência e incidência é um dos maiores problemas de saúde pública, (BUCHBINDER et al., 2018) estima-se que 12% da população mundial é acometida por DL em algum período de sua vida (HOY et al., 2012) e que desses 33% apresentam recorrência nos 12 meses seguintes ao primeiro episódio (BOOTH et al., 2017).

A DL ocupa a quarta posição no ranking de fatores de riscos à saúde, sendo a principal contribuinte para os anos vividos com incapacidade (GLOBAL HEALTH METRICS., 2018; GLOBAL BURDEN OF DISEASES., 2023). Quando essa condição de saúde se torna persistente e recorrente por mais de 3 meses, pode ser classificada como dor lombar crônica (DLC), que em sua grande maioria é diagnosticada como não-específica, ou seja, não identifica-se alterações pato-anatômicas em exames de imagem que justifiquem a presença de dor (HAYDEN et al., 2010).

Segundo a nova definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), dor deve ser definida como “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (SRINIVASA et al., 2020). Dessa forma, para o manejo clínico as principais diretrizes de tratamento da DLC recomendam a compreensão dos componentes biopsicossociais relacionados à dor (GEORGE et al., 2021; QASEEM et al., 2017).

Portanto, a identificação, avaliação e o entendimento das preferências, experiências passadas e as expectativas dos pacientes sobre os tratamentos e seus resultados, entre outros fatores contextuais dos tratamentos são elementos que contribuem para o cuidado centrado no paciente. Também contribui para a construção do vínculo terapeuta-paciente, melhora a comunicação e empatia com o paciente, melhora a tomada de decisão clínica e consequentemente aumentam as chances de adesão ao tratamento e a eficácia terapêutica (HAZARD et al., 2012; MONTORI et al., 2013; CHOU et al., 2009a/b). Esses aspectos são essenciais para a prática baseada em evidência no tratamento da DLC (FOSTER et al., 2018; QASEEM et al., 2017).

## 1.2 Expectativas, Efeito Placebo e Resultados de Tratamento

Por definição a palavra expectativa do latim *expectare* se refere ao sentimento de antecipação de um evento futuro, são variáveis de natureza preditiva baseadas nos processos cognitivos, nas crenças e experiências anteriores de cada indivíduo (LAFERTON et al., 2017). Essas crenças e experiências anteriores apresentam fortes influências no estado de saúde física, emocional e social dos pacientes, por provocarem expectativas, memórias e emoções, que por sua vez podem causar reações fisiológicas e comportamentais. Consideradas no contexto clínico podem modular os resultados dos tratamentos produzindo efeitos placebo e nocebo (KIRSCH., 1985; BINGEL et al., 2011; ROSSETTINI et al., 2018; ALBERTS et al., 2020).

A compreensão dos fatores psicobiológicos que permeiam as expectativas, há tempos tem sido o foco das pesquisas científicas, por identificarem mudanças nos resultados terapêuticos de pessoas com dor (COLLOCA., 2019; RAICEK et al., 2012; DAMIEN et al., 2018). O placebo pode ser definido como qualquer substância ou tratamento inerte que não tem ação específica no sintoma ou doença, mas de alguma forma causa alguma ação, ou seja, é uma intervenção empregada como se fosse ativa, porém, sem uma ação específica nos mecanismos de respostas clínicas (COLLOCA., 2019). Já, o efeito placebo ou efeito de contexto pode ser caracterizado como qualquer percepção de melhora à administração do placebo ou também pode ser uma percepção de melhora adicional resultante de um tratamento ativo (BENEDETTI., 2013; EVERS et al., 2018; FINNIS et al., 2010).

Os mecanismos moduladores de resultados que contemplam o placebo estão relacionados ao contexto psicossocial que envolvem o paciente e o clínico, esses componentes podem ser continuamente modulados pelas expectativas e os processos de aprendizagem (condicionamento e aprendizagem observacional) no âmbito terapêutico (ROSSETTINI et al., 2020). Dessa forma, a identificação e a utilização das expectativas como finalidade terapêutica são consideradas como abordagens importantes para modular e potencializar o efeito de terapias para o manejo da dor. As expectativas prévias dos pacientes ou a indução das mesmas nos tratamentos permeiam o efeito placebo e, conseqüentemente, podem interferir nos efeitos terapêuticos dos tratamentos (COLLOCA., 2019).

Estudos científicos sugerem que a modulação de expectativas positivas é capaz de influenciar tanto pacientes com dores agudas (BISHOP et al., 2011; MONDLOCH et al., 2001) quanto pacientes com dores crônicas (BOERSMA et al., 2006; GROSS et al., 2005). Os pacientes com dor crônica que apresentam expectativas positivas parecem apresentar maior percepção de melhora após o respectivo tratamento (KAMPER et al., 2014), melhores escores funcionais (MYERS et al., 2007), maior probabilidade de retorno ao trabalho (HAYDEN et al.,



2019) e menores índices de incapacidade quando comparados com aqueles com expectativas mais baixas (EBRAHIM et al., 2015; OPSOMMER et al., 2017).

### **1.3. Avaliação das Expectativas para Resultados de Tratamentos**

Para a avaliação da expectativa a literatura dispõe de alguns instrumentos em outros idiomas, como a *Acupuncture Expectation Scale* (AES) (BISHOP et al., 2011), *Assessing Patient Expectations of Outcomes of Complementary and Alternative Medicine Treatments for Chronic Pain* (EXPECT) (JONES et al., 2016), *Treatment Expectation Questionnaire* (TEX-Q) (ALBERTS et al., 2020), *Stanford Expectations of Treatment Scale* (SETS) (YOUNGER et al., 2012) e *Treatment Expectations in Chronic Pain Scale* (TEC) (PAGE et al., 2019).

No entanto, além das escalas com vários itens como a SETS e a TEC há também as escalas de item único que avaliam as expectativas, que são muito utilizadas. Kongsted et al., (2014) questionaram especificamente no estudo sobre a expectativa de completa recuperação (“*How likely do you think it is that you will be fully recovered in 3 months?*”). Já Eklund et al., (2019) questionaram sobre expectativa de melhora (“*How likely do you think it is that your back pain will become considerably better?*”). Enquanto Engel et al., (2004) utilizaram uma pergunta específica sobre melhora relacionada ao tratamento (“*How would you rate your chances of significant improvement in your condition following this treatment (surgery)?*”). Perguntas semelhantes também foram usadas para avaliar as expectativas em relação à recuperação (EKMAN et al., 2005; PENGEL et al., 2003) e retorno ao trabalho (ILES et al., 2009).

Apesar de existirem alguns estudos voltados para a verificação das propriedades de medidas das escalas que avaliam expectativas (BISHOP et al., 2011; JONES et al., 2016; YOUNGER et al., 2012; PAGE et al., 2019; ALBERTS et al., 2020), existem escalas disponíveis na literatura que não foram testadas quanto às propriedades de medidas recomendadas em documentos internacionais (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022), além de que essas escalas citadas acima não foram adaptadas transculturalmente para o seu uso no português Brasil. Assim, a adaptação transcultural e a investigação das propriedades de medidas dos instrumentos de item único que avaliam as expectativas (MONDLOCH et al., 2001; ENGEL et al., 2004; EKLUND et al., 2013; KONGSTED et al., 2014) e de instrumentos mais amplos (YOUNGER et al., 2012; PAGE et al., 2019) são necessários para avaliação das expectativas e seus impactos no contexto clínico.

#### 1.4 Propriedades de Medidas de Instrumentos de Avaliação

Quando instrumentos de avaliação são originalmente desenvolvidos em língua não portuguesa, faz-se necessária sua adaptação para o nosso idioma. Esse processo deve ser realizado respeitando-se as recomendações disponíveis em *guidelines* internacionais (BEATON et al., 2000; EPSTEIN et al., 2014; MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022).

O processo de adaptação transcultural se preocupa com a tradução e adaptação cultural de instrumentos visando alcançar equivalência entre a versão original e a traduzida, em relação à linguagem (semântica e idiomática) e à cultura (BEATON et al., 2000; ELSMAN et al., 2022). É importante que adaptemos transculturalmente um questionário para promover uma maior eficiência de medida, permitindo comparações multicêntricas que são essenciais para a internacionalização das pesquisas, tornando o intercâmbio de informações possível, bem como a padronização das estratégias de avaliação.

Após o processo de tradução e adaptação é recomendável que os pesquisadores confirmem se a nova versão atingiu o mínimo de qualidade em termos de propriedade de medida. Para um instrumento de pesquisa estar adequado a aplicação clínica os testes das propriedades de medidas devem ser realizados e os instrumentos adaptados devem demonstrar propriedades equivalentes às observadas no instrumento original (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). Para tal, é importante que as adaptações mantenham as seguintes características: (1) níveis de consistência interna adequada (que verifica o grau inter-relação entre os itens); (2) níveis aceitáveis de confiabilidade para os escores das ferramentas (o grau em que a medida está livre de erros de medição, ou seja, que as pontuações para os mesmos voluntários se mantêm ao longo do tempo em diferentes momentos de avaliação); (3) adequada validade estrutural e (4) níveis aceitáveis de validade de construto (o quanto que os escores de um instrumento são consistentes com hipóteses previamente estabelecidas) (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022).

Para realização de estudos de desenvolvimento e validação de instrumentos de propriedades de medidas o *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) é o principal guia com recomendações detalhadas sobre os processos metodológicos desse tipo de pesquisa (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). Este consenso foi iniciativa de uma equipe multidisciplinar de pesquisadores com objetivo de padronizar a taxonomia na área, melhorar a qualidade e seleção de instrumentos para a pesquisa e prática clínica.

Considerando que não foi encontrada nenhuma ferramenta desenvolvida ou adaptada para o português brasileiro, que se proponha a avaliar as expectativas sobre os tratamentos e os

resultados dos tratamentos, o objetivo desse estudo foi realizar a adaptação transcultural da SETS (YOUNGER et al., 2012), da TEC (PAGE et al., 2019) e das escalas de item único que avaliam expectativas (MONDLOCH et al., 2001; ENGEL et al., 2004; EKLUND et al., 2013 e KONGSTED et al., 2014) e testar suas propriedades de medidas especificamente em pacientes com dor lombar crônica.



## OBJETIVOS

## 2. OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo foi realizar a adaptação transcultural e validação para o português brasileiro das escalas *Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS)*, *Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC)* e das escalas de item único que avaliam expectativa em pacientes com dor lombar crônica (DLC).

Os objetivos secundários foram analisar as propriedades de medidas das escalas em sua versão adaptada transculturalmente:

1. Verificar as propriedades de medida (validade estrutural, consistência interna, validade de construto e confiabilidade) das escalas SETS, TEC e de item único que avaliam expectativas;
2. Verificar se as escalas de expectativa de item único e as escalas SETS e TEC apresentaram o mesmo desempenho e resultados correlacionados.



## MÉTODOS

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1 Considerações éticas**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro Saúde Escola Cuiabá - Ipiranga – Ribeirão Preto/SP CAAE: 37210520.6.0000.5414 (Anexo I).

Os voluntários foram previamente esclarecidos e orientados sobre os procedimentos a serem realizados nesta investigação, assim como seus objetivos, benefícios e riscos, atendendo a resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de 12 de dezembro de 2012. Após concordarem em participar da pesquisa, todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I e II).

#### **3.2 Seleção da amostra**

Os participantes incluídos seguiram os seguintes critérios: idade entre 18-60 anos, diagnóstico médico de dor lombar crônica (sintoma presente há mais de 12 semanas) com ou sem sintomas em membros inferiores, intensidade de dor de pelo menos 2 unidades na Escala Numérica de Dor (END), incapacidade no Índice de Incapacidade Oswestry (ODI) mínima de 15% (O'KEEFFE et al., 2020), ter capacidade de ler, compreender e falar português e possuir desempenho cognitivo dentro dos valores de normalidade, com pontuação igual ou maior que 3 no teste de Mini-Cog (COSTA et al., 2012).

Foram excluídos os voluntários com dor lombar aguda ou subaguda (sintoma presente há menos de 12 semanas), com sinais de compressão radicular, sinais de estenose vertebral, pós-operatório de cirurgia de coluna, gravidez, osteoporose, e presença de outros distúrbios na coluna (metástase ou fraturas).

#### **3.3 Autorização e diretrizes prévias-versão original**

O contato com os autores das escalas de expectativas em sua versão original foi realizado por meio de correspondência eletrônica (e-mail) a fim de solicitar a autorização para tradução, adaptação e validação das propriedades de medidas (Anexo II).

#### **3.4 Escalas de Expectativas em sua versão original**

##### **3.4.1 Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC) – Anexo III**

A *Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC)* foi desenvolvida e validada com o objetivo de avaliar as expectativas de tratamento ideais e reais em indivíduos que sofrem

de dor crônica não oncológica (PAGE et al., 2019), desenvolvida através de processos interativos seguindo as diretrizes do *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS).

O construto da TEC é medir as expectativas relacionadas aos resultados dos tratamentos, questionando na perspectiva de eventos ideais (o que o indivíduo espera em termos ideais que aconteça) e na perspectiva de eventos reais (o que o indivíduo espera que aconteça em termos reais) (PAGE et al., 2019). Contém 9 perguntas e para cada uma delas deve-se responder referente: ideal (o que você espera considerando uma perspectiva do que é ideal que aconteça durante sua consulta de saúde) e real (o que você realmente espera que aconteça na vida real). As respostas são graduadas em uma escala ordinal de 5 pontos (1 = discordo totalmente, a 5 = concordo totalmente), as pontuações podem variar de 9-45 pontos, pontuações baixas representam expectativas baixas sobre os resultados dos tratamentos em termos de suas expectativas ideais e reais. A pontuação total deve ser calculada separadamente para cada escala da TEC.

As propriedades de medidas analisadas no estudo de desenvolvimento foram: análise de Mokken para verificação de monotonicidade dentro da Teoria de Resposta ao Item (TRI), consistência interna com alfa de Cronbach da subescala Ideal de 0,87 e da Real de 0,86. A validade de construto (teste de hipóteses) demonstrou fraca correlação significativa entre as escala TEC-real vs. escala de otimismo ( $r=-0,24$ ) e não significativas entre: a TEC-ideal vs. escala de otimismo ( $r=-0,06$ ), depressão vs. TEC-real ( $r=-0,13$ ) e depressão vs. TEC-ideal ( $r=-0,01$ ), ansiedade vs. TEC-real ( $r=0,09$ ) e ansiedade vs. TEC-ideal ( $r=0,09$ ), qualidade de vida vs. TEC-real ( $r=0,11$ ) qualidade de vida vs. TEC-ideal ( $r=-0,03$ ) (PAGE et al., 2019). No artigo da versão original de Page et al., (2019) não avaliaram a confiabilidade da ferramenta.

### **3.4.2 Stanford expectations of treatment scale (SETS)- Anexo IV**

A Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS) foi desenvolvida e validada através de três estudos, com voluntários de pré-operatório do Hospital Stanford (YOUNGER et al., 2012).

A escala contém seis itens fechados e quatro abertos, sendo apenas os seis primeiros itens pontuados (YOUNGER et al., 2012), a pontuação deve ser obtida para o domínio expectativa positiva (itens 1, 3 e 5) e para o domínio expectativa negativa (2, 4 e 6) separadamente, as quatro questões adicionais podem ser aplicadas para entender o contexto em que as expectativas do paciente foram obtidas.



Para graduar as respostas temos uma escala Likert de 7 pontos variando entre: discordo fortemente (1 ponto), discordo moderadamente (2 pontos), discordo levemente (3 pontos), nem concordo e nem discordo (4 pontos), concordo levemente (5 pontos), concordo moderadamente (6 pontos) e concordo fortemente (7 pontos).

O total de cada subescala pode variar de 3 a 21 pontos assim, quanto maior a pontuação da escala SETS expectativa positiva ou negativa, maior as expectativas positiva/negativa respectivamente sobre o tratamento.

As propriedades de medidas analisadas em sua versão original demonstraram ser uma ferramenta com duas subescalas (positiva e negativa) testadas através da análise fatorial exploratória, com consistência interna de alfa de Cronbach no domínio positivo de 0,86 e de 0,81 no domínio negativo. Para validade de construto (teste de hipóteses) encontraram correlações significativas entre a SETS domínio positivo vs. traços de otimismo ( $r=0,28$ ), entre a SETS domínio positivo vs. traços de ansiedade ( $r=-0,26$ ) e entre a SETS domínio negativo vs. traços de ansiedade ( $r=0,26$ ). No artigo da versão original de Younger et al., (2012) não foram testadas as correlações entre o domínio negativo da SETS e pessimismo da escala TOV, como também não avaliaram a confiabilidade da escala SETS.

### **3.4.3 Escalas de item único que avaliam expectativas**

Além das escalas TEC e SETS considerando a gama de opções de escala para avaliação de expectativa disponíveis na literatura, utilizamos as escalas de item único para avaliação da expectativa nos seguintes aspectos:

1. Expectativa de alívio da dor com tratamento (A) baseada na escala descrita por Mondloch et al., (2001);
2. Expectativa de melhora da dor lombar com tratamento específico (B) baseada na escala descrita por Engel et al., (2004);
3. Expectativa de melhora da dor lombar (sem especificar o tratamento) (C) baseada na escala de Eklund et al., (2019);
4. Expectativa de recuperação (D), com um marco de tempo específico (1 mês), esta escala foi descrita por Kongsted et al., (2014).

Não foi encontrado na literatura estudo que testaram as propriedades de medidas dessas escalas de item único que avaliam expectativas. No entanto, a literatura relata a importância de testar a confiabilidade de medidas de item únicos (PETRESCU., 2013; ANDERSON et al., 1988).

As escalas estão ilustradas abaixo:

**A**

O quanto de alívio da dor você espera obter com este tratamento que será realizado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum					Alívio					
alívio da					completo					
dor					da dor					

**B**

O quanto melhora da sua condição (dor lombar) você espera obter com este tratamento que será realizado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma					Melhora					
melhora					completa					

**C**

Na sua visão, qual é a chance de sua condição (dor lombar) melhorar consideravelmente?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma					Muito					
chance					provavelmente					

**D**

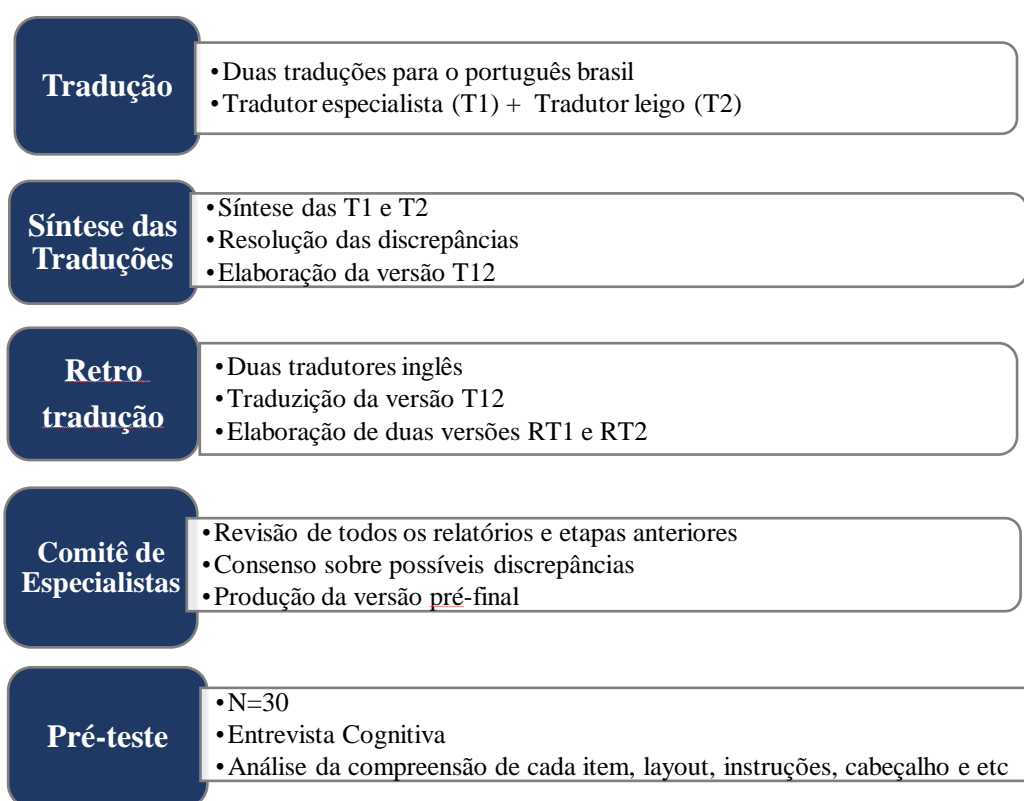
Qual é chance de você estar completamente recuperado daqui a \_\_\_\_\_ meses?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma					Muito					
chance					provavelmente					

### 3.5 Processo de adaptação transcultural das escalas de expectativas para o português brasileiro.

É recomendável que o processo de tradução seja uma combinação da tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro e uma sintonização que contemple o contexto cultural e de estilo de vida da população-alvo (HERDMAN et al., 1998; BEHLING et al., 2000). As variações culturais (frases coloquiais, gírias, jargões, expressões idiomáticas) de um idioma podem tornar as traduções dos instrumentos incompreensíveis para um contexto diferente podendo perder o significado original.

Neste estudo, o processo de tradução e retrotradução das ferramentas ocorreu em cinco etapas de acordo com as recomendações internacionais (BEATON et al., 2000) descritas a seguir: tradução inicial para o português Brasil, síntese das traduções, consenso dos tradutores, retrotradução, reunião com comitê de especialistas e teste da versão pré-final das escalas.



**Figura 1** - Etapa de Adaptação Transcultural

#### 3.5.1 Etapa de Tradução Inicial para o Português

A versão original em inglês foi traduzida para o português por 1 tradutor especialista (T1) e 1 tradutor leigo (T2), fluentes em ambas as línguas, cuja primeira língua é o português.

O tradutor 1 (T1): tradutor expert, ciente dos conceitos dos questionários traduzidos. Presume-se que este tradutor forneça uma tradução mais adequada na perspectiva clínica e mais confiável na perspectiva de propriedades de medida, a versão traduzida foi denominada T1.

O tradutor 2 (T2): tradutor leigo, não ciente dos conceitos dos questionários e não profissional da saúde. O objetivo de incluir esse tradutor foi diminuir as influências de metas acadêmicas e refletir a língua utilizada pela população alvo, essa versão traduzida foi denominada T2.

Ao final do processo de tradução os tradutores foram convidados a preencher o item de comentários adicionais no final do formulário de tradução para que pudessem destacar frases ou incertezas originadas do processo de tradução, bem como, a razão para as escolhas feitas. Os tradutores também foram convidados a traduzir os tópicos de conteúdo dos itens, opções de resposta e instruções.

### **3.5.2 Etapa de Síntese das Traduções**

Por conseguinte, o pesquisador/relator uniu ambas as traduções das escalas de expectativas do inglês para o português pelos dois tradutores (T1 e T2), nas quais foram sintetizadas e as discrepâncias corrigidas criando-se um documento único.

Essa versão sintetizada foi denominada T12 e foi acompanhada de um documento resultante do processo de síntese escrito pelo pesquisador/relator no qual, foi considerado todos os aspectos discutidos e como eles foram resolvidos (Anexo V e VI). Ambos os tradutores realizaram a tradução de forma independente.

### **3.5.3 Etapa de Retrotradução ou Backtranslation**

Nessa fase, dois tradutores cuja língua mãe era o inglês e não profissionais da área de saúde, foram convidados a traduzir a versão T12 do questionário em português para o inglês.

Esses tradutores eram “cegos” para a versão do questionário original, ou seja, não obtiveram acesso prévio ao conteúdo da TEC e SETS. Esse processo foi realizado para garantir que a versão traduzida esteja contemplando e refletindo os mesmos conteúdos da versão original. O objetivo dessa etapa foi auxiliar na amplificação de traduções incorretas, inconsistências grosseiras e erros conceituais e garantindo uma tradução consistente. As duas versões originais dessa etapa foram definidas como RT1 e RT2. Os tradutores realizaram a tradução de forma independente.

### **3.5.4 Etapa de Reunião com Comitê de Especialistas**

Para a etapa de reunião com comitê de especialistas um documento foi elaborado com todas as versões anteriores e enviados para os participantes desse comitê (Apêndice III e IV). O comitê contemplou profissionais da área da saúde, tradutores e professores de inglês, com objetivo de consolidar todas as versões do questionário e conceber a versão pré-final para ser aplicada no teste de campo.

O comitê foi encarregado de revisar todas as traduções (T1, T2, T12, R1 e R2) e chegar a um consenso sobre possíveis discrepâncias e ajustá-las, os membros foram instruídos a buscar equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão original e a versão pré-final.

Na ausência de consenso poderia acontecer das etapas de tradução e retro tradução serem realizadas novamente, os quatro tradutores estavam presentes na reunião para que se necessário realizar mudanças imediatamente. Na versão final, o questionário deveria ser facilmente entendido por uma criança de 12 anos (TERWEE et al., 2007).

O pesquisador/relator agrupou em um relatório os principais aspectos discutidos e as razões para a tomada de decisões específicas nas traduções das ferramentas (Apêndice V e VI).

#### **3.5.4.1 Apresentação da versão adaptada aos autores dos instrumentos originais**

Após a reunião de consenso que resultou nas versões pré-finais dos instrumentos, a versão elaborada pelo comitê foi enviada e acompanhada de um relatório para os autores das escalas originais, informando todas as mudanças e dúvidas ocorridas no processo. Os autores das ferramentas originais se manifestaram expressando ou não concordância com as possíveis adaptações realizadas.

### **3.5.5 Etapa de pré-teste da versão (entrevistas cognitivas)**

A etapa final do processo de adaptação transcultural foi o teste das escalas traduzidas aplicadas em forma de entrevista cognitiva para verificar sua compreensão, aplicabilidade e entendimento na população alvo.

Essa etapa do processo compreende aspectos de validação de face e conteúdo das ferramentas, Beaton et al., (2000) recomendam que essa etapa seja aplicada em uma amostra de 30 a 40 voluntários, desta maneira, as escalas em sua versão pré-final (Anexo VII e VIII) foram aplicadas em 30 voluntários com dor lombar crônica não específica.

Em caso de dúvidas relatadas pelos voluntários para o mesmo item em pelo menos 20% da amostra, esse é um indicativo da necessidade de reformulação do questionário

(ORFALE et al., 2005). Assim, se houvesse a necessidade de reformulação, os participantes anteriores seriam excluídos e o questionário reaplicado em um novo grupo de voluntários, até atingir a amostra final.

Os voluntários foram convidados a responderem um questionário semiestruturado de sugestões (entrevista cognitiva) para avaliar as escalas, foram entrevistados sobre sua impressão de cada item, sugestões para melhorar o entendimento dos itens, instruções, cabeçalhos, como também a compreensão sobre as opções de resposta e layout das ferramentas, além de um item para os voluntários acrescentarem outras sugestões livres. O entrevistador esteve atento para muitas respostas únicas e itens sem resposta.

### **3.5.5.1 Amostra do Pré-teste:**

Foram avaliados nessa primeira fase uma amostra de 30 voluntários, com idade entre 18-60 anos, diagnóstico médico de dor lombar crônica (sintoma presente há mais de 12 semanas) com ou sem sintomas em membros inferiores, pontuação igual ou maior que 3 no teste de Mini-Cog (COSTA et al., 2012) e desempenho igual ou superior de 57% no teste de Cloze.

O teste de Cloze aplicado foi “A Princesa e o Fantasma” (Anexo IX) que tem o objetivo de analisar o nível de compreensão de leitura dos participantes, classificando o participante como leitor independente com autonomia na compreensão das palavras e no cenário textual (BORMUTH., 1968).

## **3.6.1 Instrumentos de avaliação para caracterização da amostra**

### **3.6.1.1 Teste Mini-Cog– Anexo X**

O teste Mini-Cog é uma breve ferramenta de triagem que visa diferenciar voluntários com provável déficit cognitivo, sendo seu uso de livre acesso (COSTA et al., 2012). Essa escala é constituída por 3 itens que envolvem: 1) memorização de palavras (0–3 pontos; para cada palavra lembrada = 1 ponto), 2) desenhar um relógio e colocar as horas (11:10 ou 8:20hs) (anormal = 0 ponto; normal = 2 pontos) e 3) teste de memorização: em que o voluntário deve tentar se lembrar as palavras inicialmente memorizadas. A pontuação varia de 0 a 5 pontos e o valor de corte 3 demonstrou boa concordância com o escore <26 do *Mini-Mental State Examination (MMSE)* (COSTA et al., 2012).

### **3.6.1.2 Escala numérica de dor (END) – Anexo XI**

A END é uma ferramenta simples e de fácil utilização que avalia a intensidade da dor. Consiste em uma sequência de números de 0 à 10 a ser pontuada pelo paciente, no qual o valor 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “pior dor possível” (COSTA et al., 2008).

Esse instrumento foi aplicado na avaliação inicial (linha de base) e no reteste (confiabilidade). O paciente foi questionado sobre a intensidade da dor na última semana (CHIAROTTO et al., 2017).

Costa et al. (2008) relatou confiabilidade (teste-reteste) de 0,94 (ICC, IC 95% 0,90 – 0,96) para a escala END.

### **3.6.1.3 Índice de Incapacidade Oswestry – (ODI) – Anexo XII**

O ODI teve sua primeira versão desenvolvida por Fairbank et al., (1980) e já passou por uma série de adaptações. A versão em português brasil do ODI adaptada por Vigatto et al., (2007) foi aplicada para avaliar a incapacidade relacionada à dor lombar crônica.

Esta ferramenta é composta por 10 itens, cada um com 6 opções de resposta, classificadas de 0-5 pontos, a pontuação total é calculada pela soma dos escores de cada questão, dividida pela pontuação máxima da escala e multiplicada por 100, resultando em uma porcentagem. Esse instrumento foi aplicado na avaliação inicial (linha de base) os participantes foram instruídos a responderem as questões baseados na sua última semana, quanto maior a pontuação do ODI maior a incapacidade relacionada a dor lombar.

As propriedades de medidas no estudo de adaptação para o português brasil, encontraram boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,87), confiabilidade (ICC=0,99) e apresentou correlação moderada com a medida da dor ODI vs END ( $r = 0,66$ ), com questionário de incapacidade de Roland-Morris (RMDQ) ODI vs RMDQ ( $r=0,81$ ) e com todos os domínios do SF-36 capacidade funcional ( $R=0,83$ ), aspecto físico ( $r = 0,53$ ) e dor ( $r = 0,58$ ) (VIGATTO et al., 2007). A validade estrutural não foi mensurada. (VIGATTO et al., 2007).

### **3.6.1.4 Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7) – Anexo XIII**

A GAD-7 é um instrumento breve para avaliação e monitoramento de sintomas de ansiedade, foi elaborado por Spitzer et al., (2006) e validado por Kroenke et al., (2007). Composta por sete itens dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21 pontos.

Este instrumento avalia sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual

ou maior que 10. Este valor de corte apresenta sensibilidade de 89% e especificidade de 82% para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (SPITZER et al., 2006).

A versão utilizada no presente estudo foi validada no Brasil por Moreno et al., (2016), apresentando propriedades de medidas adequadas: validade estrutural adequada para escala unidimensional (CFI=0.99, TLI=0.99, RMSEA=0.06), consistência interna (alfa de Cronbach =0,91) e confiabilidade ( $r=0,90$ ) (MORENO et al., 2016).

### **3.6.1.5 Questionário sobre a saúde do Paciente - *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* – Anexo XIV**

O PHQ-9 é instrumento breve para avaliação de sintomas depressivo, sua validação foi verificada por Spitzer et al., (1999) e por Kroenke et al., (2001)

O instrumento dispõe de nove itens em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias) com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão valor maior ou igual a 10. A escala apresentou sensibilidade de 88% e uma especificidade de 88% para esse valor de corte (KROENKE et al., 2001). A versão utilizada no presente estudo foi disponibilizada por Osório et al., (2009), que confirmou o valor de corte demonstrando valores de especificidade e sensibilidade superiores a 98%.

### **3.6.1.6 Questionário de autoeficácia sobre a dor (*Pain Self-Efficacy Questionnaire - PSEQ*) – Anexo XV**

O PSEQ é um instrumento desenvolvido por Nicholas et al., (1989) adaptado e traduzido para o português Brasil por Jamir Sardá et al., (2007) e suas propriedades de medidas foram testadas em pacientes com dor crônica musculoesquelética generalizada.

Esta escala baseia-se na teoria de autoeficácia de Bandura (1978 e 1977) avaliando a confiança da pessoa na sua capacidade de ter um bom desempenho funcional apesar da dor.

A ferramenta possui 10 itens sobre as tarefas frequentemente relatadas como problemáticas por voluntários com dor crônica, os itens são classificados em uma escala ordinal de 0-6, com 0=nada confiante e 6=totalmente confiante, obtendo um total máximo de 60 pontos. Escores mais elevados devem ser interpretados como crenças de autoeficácia mais fortes.

Em seu estudo de tradução, o PSEQ demonstrou níveis adequados de consistência interna (alfa de Cronbach = 0,90), confiabilidade ( $r = 0,76$ ), validade de construto encontrou correlações entre PSEQ e incapacidade, medido pelo RMDQ ( $r=0,31$ ) e a validade estrutural demonstrou que a escala possui apenas um domínio (SARDÁ et al., 2007).



### 3.6.1.7 Teste Orientação de Vida (TOV-R): Otimismo e Pessimismo – Anexo XVI

O *Revised Life Orientation Test* (TOV-R) foi desenvolvido pelo psicólogo Michael Scheier et al., (1994).

A escala possui 10 itens que medem o quanto as pessoas otimistas ou pessimistas se sentem em relação ao futuro. Dentre esses itens encontram-se três afirmativas positivas (itens 1, 4 e 10), três afirmativas negativas (itens 3, 7 e 9) e quatro questões neutras (2, 5, 6 e 8), cada um classificado em uma escala Likert de 5 pontos, 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). As pontuações devem ser somadas separadamente, sendo a nota mínima de 0 e a máxima de 12 para cada subescala.

A escala traduzida para o português Brasil por Bandeira et al., (2002) apresentou consistência interna com alfa de Cronbach (0,68) e confiabilidade de ( $r=0,61$ ) (BANDEIRA et al., 2002).

### 3.7 Procedimentos para análise das propriedades de medidas

A validação estrutural verifica se as variáveis são representativas de um conceito (FIGUEIREDO et al., 2010). Esta pode ser verificada através da análise fatorial confirmatória (AFC) para confirmar se o modelo de fatores da escala original se manteve no processo de tradução e adaptação. Utilizamos um  $n$  para validade estrutural das escalas SETS-Br e TEC-Br de 203 voluntários considerando um tamanho amostral com o mínimo de 7 vezes o número de itens da escala (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022), sendo que a SETS-Br compõe um total de 6 itens e a TEC-Br compõe um total de 9 itens, dessa forma, seria necessário um tamanho amostral de 63 no mínimo para testar a estrutura das escalas SETS-Br, TEC-Br ideal e real. Não realizamos a análise fatorial confirmatória (validade estrutural) das escalas de item único que avaliam expectativas, uma vez que essa análise não é recomendada para escalas com menos de três itens ou indicadores, devido ao problema de não identificação do modelo (PETRESCU, 2013).

Para análise de consistência interna verificamos o grau de interrelação entre os itens que compõem as ferramentas, os valores de alfa de Cronbach foram calculados separadamente (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022) para cada subescala SETS-Br domínio positivo e negativo, para as escalas TEC-real e TEC-ideal.

A confiabilidade avalia o grau em que a medição esteja livre de erros de medição (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). Neste estudo, os voluntários responderam versões adaptadas transculturalmente para o português brasileiro da TEC-Br, SETS-Br e as Escala de item único que avaliam expectativas (A, B, C e D) durante uma primeira sessão (linha

de base) e repetiram o preenchimento das mesmas escalas uma semana após, como recomendado por Terwee et al., (2007). No entanto, apenas voluntários com estabilidade clínica foram considerados, variando de até 2 unidades na escala numérica de dor (END) como recomendado por Ostelo et al., (2008), eliminados para garantir a estabilidade clínica para responder novamente os questionários, deixando-o livre de erros. Para testar essa propriedade consideramos o tamanho amostral de 200 participantes para testar as escalas SETS-Br e TEC-Br e para as escalas de item único que avaliam expectativas consideramos um tamanho amostral de 100 voluntários, levando em consideração a perda amostral dos voluntários que não se mantiveram clinicamente estáveis e variaram  $>2$  unidades na END.

A validade de construto realizada através do teste de hipóteses mensura o grau em que as pontuações de um instrumento são consistentes com hipóteses previamente estabelecidas, com base no pressuposto de que o instrumento mede o construto que se propõe a medir (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). Para verificação dessa propriedade foram elaboradas hipóteses de correlações entre os seus escores da TEC-Br, SETS-Br, Escalas de item único que avaliam expectativas (A, B, C e D), TOV-Otimismo e Pessimismo apresentadas na Tabela 1. Seguindo recomendações internacionais (PRINSEN et al., 2016) os valores aceitáveis quando dois instrumentos medem o mesmo construto devem ser de  $>0.50$ , quando dois instrumentos medem construtos diferentes, porém, supondo que exista correlação, os valores aceitáveis são de  $>0.30$  a  $<0.50$ .

Esperávamos correlações com a SETS e a TEC de magnitude fraca a moderada, com valores entre 0.30 a 0.50. Entre as escalas de item único que avaliam expectativa esperávamos correlações de moderada a forte com valores acima de 0.50.

Foi considerado para essa propriedade um n analisado de 110 voluntários, considerando uma validade de construto ideal a confirmação de pelo menos 75% das hipóteses levantadas a priori para cada escala de expectativa (PRINSEN et al., 2016). Em relação a escala SETS-Br no domínio positivo e no negativo a confirmação de 75% seria o equivalente de 6/9 hipóteses confirmadas para cada domínio. Para a TEC-Br ideal e real a confirmação de 75% seria o equivalente a 5/7 hipóteses para cada escala. Para as escalas de item único que avaliam expectativas (A, B, C e D) a confirmação de 75% seria 5/7 hipóteses levantadas *a priori*. Entretanto, a confirmação de mais de 50% das hipóteses foi considerada como validade de construto moderada (DE VET et al., 2011). As correlações das escalas são apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1** - Correlações esperadas entre as escalas de expectativas utilizadas para teste de hipóteses para validade de construto.

	<b>SETS-Br Positivo</b>	<b>SETS-Br Negativo</b>	<b>TEC-Br Real</b>	<b>TEC-Br Ideal</b>	<b>Exp. de alívio da dor com tratamento</b>	<b>Exp. de melhora da dor lombar com tratamento</b>	<b>Exp. Melhora da dor lombar</b>	<b>Exp. De recuperação</b>	<b>TOV-OTIMISMO</b>	<b>TOV-PESSIMISMO</b>
<b>SETS-Br Positivo</b>	NA	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada
<b>SETS-Br Negativo</b>	Correlação fraca/moderada	NA	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada
<b>TEC-Br Real</b>	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	NA	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	NA	NA
<b>TEC-Br Ideal</b>	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	NA	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	NA	NA
<b>Exp. de alívio da dor com tratamento</b>	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	NA	Correlação moderada/forte	Correlação moderada/forte	Correlação moderada/forte	NA	NA
<b>Exp. de melhora da dor lombar com tratamento</b>	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação moderada/forte	NA	Correlação moderada/forte	Correlação moderada/forte	NA	NA
<b>Exp. Melhora da dor lombar</b>	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação moderada/forte	Correlação moderada/forte	NA	Correlação moderada/forte	NA	NA
<b>Exp. De recuperação</b>	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação fraca/moderada	Correlação moderada/forte	Correlação moderada/forte	Correlação moderada/forte	NA	NA	NA

NA: Não se aplica; SETS-Br: Escala Stanford de expectativa de tratamento; TEC-Br: Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica; TOV: Teste Orientação de Vida - Otimismo e Pessimismo.

### 3.8 Análises Estatísticas

Análise de variância (Anova), teste t Student e teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foram realizados para testar as diferenças significativas entre as subamostras nas etapas do estudo. Para caracterização da amostra, a ANOVA foi utilizado para comparações entre pelo menos três grupos, o teste t para comparações de dois grupos e o teste de qui-quadrado para comparações entre porcentagens ( $p < 0,05$ ). Todas as análises foram realizadas usando o pacote estatístico SPSS para Windows e IBM SPSS, versão 22.

Para análise de validade estrutural foi utilizada a análise fatorial confirmatória (AFC). O método de Maximum Likelihood (Máxima Verossimilhança) foi utilizado como método de extração dos dados. A goodness-of-fit (ajuste do modelo) para cada estrutura de fatores seguiu os critérios descritivos: (1) Erro quadrático médio de aproximação (Mean Squared Error-RMSEA), (2) Critério de informações consistentes Akaike (Akaike Consistent Information Criterion- CAIC), (3) Índice de validação cruzada esperado (Expected Cross-Validation Index ECVI), (4) o Índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index- CFI), (5) Índice de Bondade do Ajuste (Goodness of Fit Index-GFI) (6) Índice de Tucker Lewis (TLI) (7) Qui-quadrado/graus de liberdade (CMIN/DF). Todas as análises foram realizadas usando o pacote estatístico AMOS (SPSS para Windows e IBM SPSS, versão 22).

O RMSEA quantifica a divergência entre os dados e o modelo proposto por graus de liberdade, consideramos valores abaixo de 0,08 para um ajuste adequado (SCHERMELLEH-ENGEL et al., 2003). O CAIC é uma medida que ajusta o modelo do qui-quadrado para penalizar a complexidade do modelo e do tamanho da amostra (SCHERMELLEH-ENGEL et al., 2003), consideramos a menor medida como melhor ajuste. O ECVI é uma medida relativa para comparar modelos concorrentes, consideramos o modelo com o menor valor como o melhor ajuste (SCHERMELLEH-ENGEL et al., 2003) e para o CMIN/DF consideramos valor menor que três como bom ajuste do modelo. Os índices CFI e TLI medem o modelo que melhor se encaixa na comparação com um modelo de base, no qual os itens observados parecem estar mais correlacionados, consideramos os valores de CFI ou TLI ou medida comparável  $> 0,95$  (PRINSEN et al., 2016).

Para consistência interna foi utilizado o índice de alpha de Cronbach afim de verificar o grau de consistência entre os itens que compõem a ferramenta, identificando a existência de itens do questionário redundantes ou heterogêneos. Valores de Alpha de Cronbach  $> 0,70$  foram considerados adequados (PRINSEN et al., 2016).

A confiabilidade foi verificada através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (two-way random effect model- ICC) e seu respectivo intervalo de confiança (IC) a 95%. Para

classificação do ICC consideramos valores  $< 0,40$  como pobre confiabilidade; valores entre  $0,40$  e  $0,75$  confiabilidade moderada; valores entre  $0,75$  e  $0,90$  confiabilidade substancial e valores maiores do que  $0,90$  representam confiabilidade excelente (MAHER et al., 2007).

Para análise do Erro Padrão da Medida (SEM – Standard Error of Measurement) utilizamos a fórmula descrita por Weir (2005):  $EPM = DP \times \sqrt{1 - ICC}$ , na qual DP= desvio padrão e ICC = coeficiente de correlação intraclassas. A Mínima Diferença Detectável (*Smallest Detectable Change* - SDC) foi calculada por  $SDC = 1.96 \times \sqrt{2} \times EPM$  (WEIR., 2005).

Para validade de construto teste de hipóteses consideramos o coeficiente de correlação de Spearman para comparação das pontuações das escalas SETS-Br, TEC-Br e as escalas de expectativas de item único com as escalas comparadoras. A magnitude da correlação foi graduada da seguinte maneira:  $R < 0,29$ : fraca;  $0,3 < R < 0,69$ : moderada e  $R > 0,7$ : forte (DANCEY et al., 2004).



**PPGRDF**

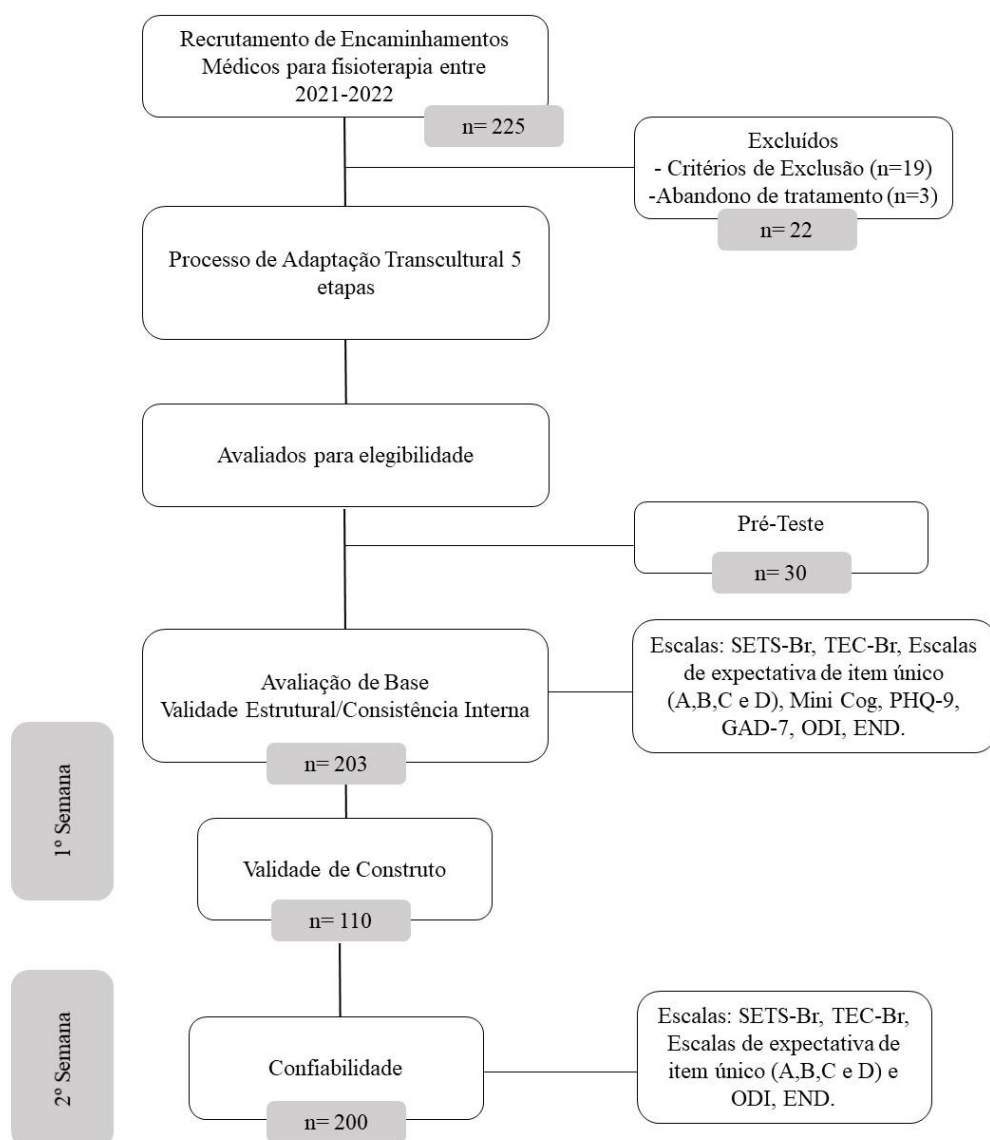
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
REABILITAÇÃO E DESEMPENHO FUNCIONAL  
FMRP-USP**

## **RESULTADOS**

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da Amostra

A coleta de dados deste estudo foi realizada de junho/2021 até dezembro/2022 e contou com uma amostra de 203 voluntários. As seguintes análises de propriedades de medidas foram realizadas: validade estrutural, consistência interna e confiabilidade com 203 voluntários e validade de construto com 110 voluntários.



**Figura 2** - Etapas de todo processo de adaptação e validação transcultural.

A caracterização da amostra quanto aos escores das escalas e questionários aplicados e dados demográficos estão descritos na Tabela 2, juntamente com as análises estatísticas (ANOVA, Teste t e teste qui-quadrado) para identificação das diferenças entre os subgrupos de cada etapa da validação das escalas de expectativas.

Inicialmente para o processo de adaptação transcultural e o pré-teste foram recrutados 30 voluntários com média de idade de 44,13 (desvio padrão, DP=11,53), para a amostra de validade de construto temos 110 voluntários com média de idade de 44,71 (DP=11,64) e na amostra de validade estrutural 203 voluntários com média de idade de 44,70 (DP=0,56). A prevalência do sexo feminino foi de 66% na amostra pré-teste, 67% na amostra validade construto e 62% na amostra de validade estrutural. Em se tratando de anos vividos com dor a média de anos foi de 7,41 (DP=7,15) no pré-teste, média de anos de 6,81 (DP=6,33) na amostra de validade de construto (Tabela 2).

O Mini-cog e o teste de Cloze foram aplicados na amostra de pré-teste para verificar respectivamente o déficit cognitivo e o grau de compreensão das escalas e os valores médios obtidos foram para o Mini-cog de 4,43 (DP=0,73) e para o teste de Cloze desempenho de 79,9% (DP=17,19).

O grau de escolaridade na amostra do pré-teste foi de fundamental incompleto 30%, fundamental completo e médio incompleto 7%, ensino médio completo e superior incompleto 37 % e superior completo de 26 %. Na amostra geral utilizada para validade estrutural o grau de escolaridade foi de fundamental incompleto 15%, fundamental completo e médio incompleto 13%, ensino médio completo e superior incompleto 37 % e superior completo de 35 %.

A intensidade da dor foi verificada através da END na avaliação de linha de base, a média de intensidade de dor no pré-teste foi de 6,23 (DP=2,33), na amostra de validade de construto de 6,39 (DP=1,95) e na amostra de validade estrutural de 5,93 (DP=2,17) (Tabela 2).

Foi observada uma diferença significativa entre os subgrupos da etapa de pré-teste e o subgrupo da etapa de validade de construto para o escore total da escala TEC-Br ideal, TEC-Br real e para a escala de expectativa de recuperação (Tabela 2). Já para as outras variáveis descritas na tabela 2, não foram observadas diferenças significativas entre os subgrupos.

Na tabela 2 podemos observar também as médias dos escores das pontuações das escalas e questionários utilizados na avaliação de linha de base.



**Tabela 2** - Caracterização da amostra para cada etapa de validação as escalas de expectativas.

	AMOSTRAS			
	Pré-Teste Média (DP)	Validade de Construto (DP)	Validade Estrutural (DP)	Testes Estatísticos
Tamanho Amostral (n)	30	110	203	
Idade (anos)	44,13 (11,53)	44,71 (11,64)	44,70 (10,56)	F <sub>(2, 340)</sub> = 0,04, p= 0,96
Peso (Kg)	80,57 (23,04)	80,70 (21,56)	81,18 (18,90)	F <sub>(2, 340)</sub> = 0,03, p= 0,97
Altura (m)	161,37 (11,08)	164,89 (10,17)	166,24 (14,73)	F <sub>(2, 340)</sub> = 1,91, p= 0,15
Sexo Feminino (%/n)	66% (n=20)	67% (n=74)	62% (n=126)	$\chi^2= 0,10$ , p= 0,94
Anos vividos com dor	7,41 (7,15)	6,81 (6,33)		t <sub>(138)</sub> = 0,44, p= 0,66
Mini Cog	4,43 (0,73)	4,37 (0,73)		t <sub>(138)</sub> = 0,40, p= 0,69
Teste de Cloze	79,9 % (17,19)			
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental Incompleto	30% (n=9)	20% (n=22)	15% (n=27)	$\chi^2_{(2)}= 2,58$ , p= 0,27
Fundamental Completo e Médio Incompleto	7% (n=2)	10% (n=12)	13% (n=26)	$\chi^2_{(2)}= 0,92$ , p= 0,63
Ensino Médio Completo e Superior Incompleto	37% (n=11)	35% (n=38)	37% (n=77)	$\chi^2_{(2)}= 0,03$ , p= 0,98
Superior Completo	26% (n=8)	35% (n=38)	35% (n=73)	$\chi^2_{(2)}= 0,88$ , p= 0,64
<b>Tratamentos</b>				
Terapia Passiva (eletroterapia/terapia manual)	n= 7 (23%)	n= 24 (21%)	n=117 (57%)	
Exercícios	n= 20 (66%)	n= 67 (60%)	n= 67 (33%)	
Abordagem multidimensional	n= 3 (10%)	n= 19 (17%)	n= 19 (9%)	
<b>Média das Pontuações das escalas e questionários</b>				
END (Linha de base)	6,23 (,33)	6,39 (1,95)	5,93 (2,17)	F <sub>(2, 340)</sub> = 1,74, p= 0,18
ODI	38,13 (12,59)	33,87 (12,36)	36,32 (11,12)	F <sub>(2, 340)</sub> = 2,29, p= 0,10
GAD-7	NA	9,39 (4,38)	9,77 (6,06)	t <sub>(311)</sub> = -0,66, p= 0,54
PHQ-9	NA	8,85 (5,35)	8,55 (5,78)	t <sub>(311)</sub> = 0,45, p= 0,65
PSEQ		38,51 (13,52)	40,08 (12,47)	t <sub>(311)</sub> = -1,03, p= 0,30
SETS-Br Positivo	17,67 (3,12)	17,31 (4,02)	17,32 (3,72)	F <sub>(2, 340)</sub> = 0,12 p= 0,89
SETS- Br Negativo	6,27 (3,38)	5,75 (3,10)	5,44 (3,22)	F <sub>(2, 340)</sub> = 1,04, p= 0,36
TEC-Br Ideal	42,43 (3,18)	40,46 (5,50)	41,79 (4,62)	F <sub>(2, 340)</sub> = 3,42, p= <b>0,03*</b>
TEC-Br Real	37,30 (5,02)	36,27 (6,13)	38,12 (5,57)	F <sub>(2, 340)</sub> = 3,76, p= <b>0,02*</b>

Expectativa de Alívio da dor com tratamento (A)	8,40 (1,35)	8,52 (1,25)	NA	$t_{(138)} = -0,45, p = 0,65$
Expectativa de Melhora da dor lombar com tratamento (B)	8,40 (1,28)	8,51 (1,44)	NA	$t_{(138)} = -0,38, p = 0,71$
Expectativa de Melhora da dor lombar (C)	8,00 (1,53)	8,44 (1,28)	NA	$t_{(138)} = -1,58, p = 0,12$
Expectativa de Recuperação (D)	5,67 (2,12)	6,55 (2,06)	NA	$t_{(138)} = -2,06, p = 0,04^*$

DP: Desvio padrão; NA: Não se Aplica; END: Escala numérica de dor; ODI: Índice de Incapacidade *Oswestry*; GAD-7: Escala de ansiedade generalizada; PHQ-9: Questionário sobre a saúde do Paciente; PSQE: Questionário de autoeficácia sobre a dor; SETS-Br: Escala Stanford de expectativa de tratamento; TEC-Br: Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica; t= teste t, F= teste ANOVA,  $\chi^2$ = teste quiquadrado; \*Diferença significativa  $p < 0,05$

## 4.2 Adaptação Transcultural

A adaptação transcultural da TEC e SETS para o português brasileiro seguiu as recomendações internacionais baseadas em *guidelines* para alcançar equivalência na tradução e adaptação entre o instrumento original e o idioma traduzido, a figura 3 exibe o fluxograma do processo de tradução para o português brasileiro.

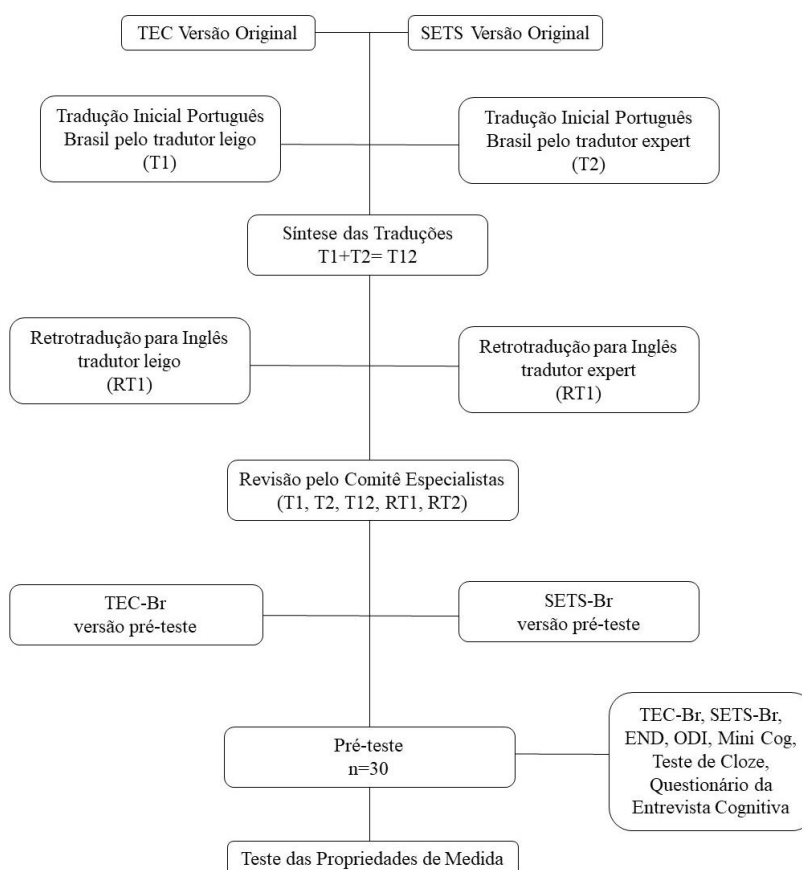
Dois tradutores, um leigo e outro expert, traduziram para o português a primeira versão das escalas. As versões traduzidas e adaptadas dos tradutores leigos e expert foram sintetizadas e criada a versão T12 (Anexo V e VI). As dúvidas que foram destacadas nas reuniões de consenso de tradução foram enviadas para os autores das escalas e as respostas foram registradas e acatadas no processo.

A versão T12 foi retrotraduzida para o idioma original da ferramenta por dois tradutores leigos que não tiveram acesso prévio ao instrumento. Ambas as retrotraduções das duas escalas foram enviadas para os seus respectivos autores para confirmação da equivalência entre a versão traduzida e original. A posteriori, todas as versões foram colocadas em um documento para a reunião do comitê de especialista (Apêndice III e IV).

A revisão feita pelo comitê de especialistas contou com 2 tradutores (1 inglês e 1 brasileiro), fisioterapeutas e alunos de graduação (fisioterapia), sendo assim, foi criado um relatório com todas as alterações das escalas TEC e SETS (Apêndice V e VI). Após esta abordagem ainda restaram algumas dúvidas sobre a tradução e o significado semântico de algumas questões da SETS, desta forma, todas as dificuldades foram repassadas aos autores originais das escalas. A versão então foi atualizada considerando-se os comentários dos autores e, desse processo, resultou a versão pré-final da TEC-Br e SETS-Br (Anexo VII e VIII).

As principais mudanças na TEC-Br foi que inserimos descritores numéricos para as opções de respostas, como 1-Discordo totalmente, 2-Discordo, 3-Nem concordo e nem discordo, 4-Concordo e 5-Concordo totalmente. Ocorreram adaptações nas instruções de cada escala. A explicação nas instruções sobre expectativa ideal no inglês era (a) what you ideally hope will happen (in an ideal world, what would you want to happen) ...”, ao realizarmos a tradução ficou decidido o uso da palavra “ideal” e “gostaria” ficando: “(a) o que você considera que seria o ideal (em um mundo ideal, o que você gostaria que acontecesse) ...”. A explicação nas instruções sobre expectativa real no inglês era “(b) what you really expect to happen (in real life, what you expect will actually happen) ...” ao realizar a tradução ficou decidido o uso da palavra “realmente” e “espera” ficando: “(b) O que você realmente espera que vá acontecer (na realidade, o que você espera que de fato aconteça) ...”. Algumas adaptações nos termos também foram realizadas nas colunas dos itens das escalas, a frase no inglês “Considering ideal conditions, what do you hope will happen”, foi traduzida para o português por “Considerando as condições ideais, o que você gostaria que acontecesse” e a frase no inglês “Considering real conditions, what do you expect will happen”, foi traduzida para “Considerando as condições reais, o que você espera que vai acontecer”.

Na escala SETS-Br houve mudanças no item 4 e 6. No item 4, a palavra “fears” adaptamos para “medos (receios)”, logo a questão ficou “Eu tenho medos (receios) em relação a este tratamento”. No item 6, o termo “nervous” foi traduzido como “nervoso (tenso)” de acordo com a visão do comitê de consenso de tradução. No entanto, o autor da versão original sugeriu o uso da palavra “preocupado(a)”, sendo o item na versão final ficou “Eu estou preocupado(a) com os possíveis efeitos negativos deste tratamento.”



**Figura 3** - Etapas do processo de adaptação transcultural da SETS e TEC para o português brasileiro

### 4.3 Teste da versão pré-final das escalas de expectativas adaptadas transculturalmente

Na fase de teste da versão pré-final os questionários foram aplicados em uma amostra de 30 voluntários como primeiro teste de campo para as escalas de expectativas, além das escalas SETS-Br, TEC-Br, Escalas de item único que avaliam expectativas (A, B, C e D), aplicamos o ODI, a END, Teste de Cloze e um questionário semi-estruturado de sugestões para coletar opiniões ou dúvidas com relação aos itens e opções de resposta, além de layout das ferramentas e relevância das questões para o construto a ser medido. Todos os voluntários que participaram desta fase não referiram dificuldades de compreensão ou sugeriram mudanças para todas as versões preliminares das escalas testadas.

O tempo médio para preenchimento da TEC-Br foi de 2 minutos e 41 segundos (DP=0,66 segundos) e da SETS-Br foi de 1 minuto e 59 segundos (DP=0,59). Finalizada a etapa de teste, as versões dos questionários resultantes do processo foram utilizadas no teste de campo.

#### 4.4 Validade Estrutural da SETS-Br e TEC-Br

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi utilizada para testar a validade estrutural da SETS-Br e da TEC-Br. Para a SETS-Br foi testado um único modelo bifatorial, considerando a escala com dois domínios que avaliam as expectativas “positivas” através das questões “1,3,5” e “negativas” as questões 2,4,6. Para a escala TEC-Br foram testados 3 modelos: modelo bifatorial, TEC-Br Ideal e TEC-Br Real, considerando as escalas TEC de forma independente.

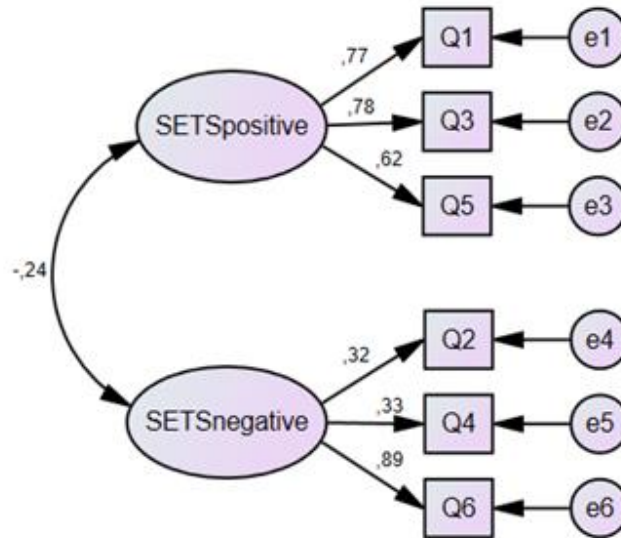
Para a AFC da SETS-Br, o modelo bifatorial demonstrou ter excelentes valores de RMSEA (0,02), CFI (0,99), GFI (0,98), TLI (0,99) e  $\chi^2$  (1,08). Os índices da análise fatorial confirmatória das escalas TEC-Br como modelo bifatorial não demonstraram valores de ajuste aceitáveis principalmente de RMSEA (0,18), GFI (0,63) e TLI (0,60). No entanto, ao se testar separadamente as escalas TEC-Ideal e TEC-Real, foram observados valores adequados para os índices de ajuste para a TEC-Br Ideal com RMSEA = 0,06, CAIC=188,61, CFI=0,98, GFI =0,96 e TLI = 0,97. Já para a escala TEC-Br Real foram observados os seguintes valores para os índices de ajuste: RMSEA =0,08, CAIC =205,20, CFI =0,97 e GFI =0,95. Os dados da AFC são apresentados na tabela 3.

**Tabela 3** - Análise fatorial confirmatória (AFC) das escalas SETS-Br e TEC-Br.

	RMSEA (IC 90%)	CAIC	ECVI	CFI	GFI	TLI	$\chi^2$ CMIN (p)
<b>SETS-Br</b>							
Modelo Bifatorial	0,02 * (0,00-0,08)	90,72	0,17 (0,16-0,22)	0,99 *	0,98*	0,99*	1,08 * (p=0,37)
<b>TEC-Br</b>							
Modelo Bifatorial	0,18 (0,17-0,19)	1248,9 1	5,39 (4,90-5,91)	0,65	0,63	0,60	7,57 (p=0,00)
TEC-Br Ideal	0,06* (0,02-0,09)	188,61 *	0,42 (0,35-0,52)	0,98*	0,96*	0,97*	1,76 * (p=0,01)
TEC-Br Real	0,08* (0,05-0,11)	205,20 *	0,48 (0,40-0,60)	0,97*	0,95*	0,94	2,36 * (p=0,00)

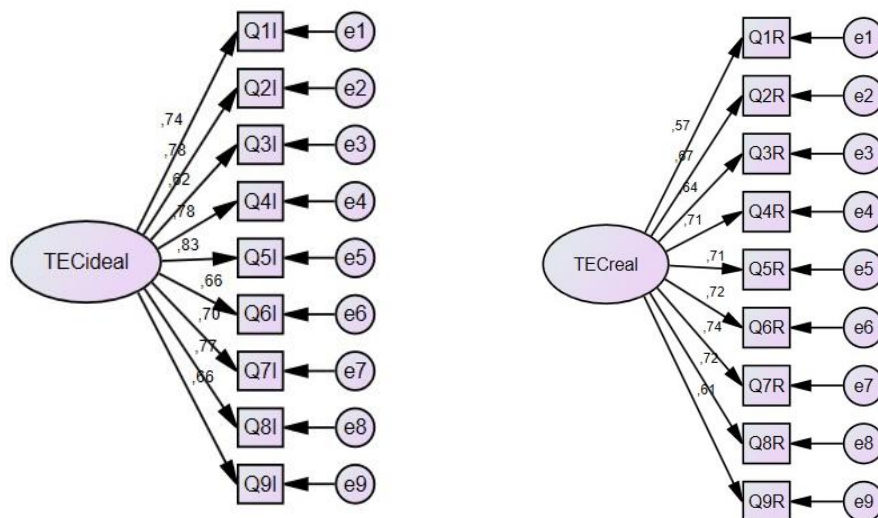
Erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), intervalo de confiança de 90%; Critério de informações consistentes Akaike (CAIC); Índice de validação cruzada esperado (ECVI); Índice de ajuste comparativo (CFI), Índice Goodness of fit (GFI); Índice de Tucker Lewis (TLI); Qui- quadrado ( $\chi^2$  CMIN DF). \*Índices considerados aceitáveis de acordo com Prinsen et al, (2016).

A SETS-Br demonstrou cargas fatoriais adequadas acima de  $> 0.30$  e os valores estão descritos na figura 4.



**Figura 4** - Diagrama representativo da análise fatorial confirmatória dos dois domínios da escala SETS-Br, descrevendo as cargas fatoriais para cada item. Q = itens; e = erro.

A TEC-Br Ideal e a TEC-Br Real demonstraram cargas fatoriais adequadas acima de  $> 0.30$  em todos os itens, sendo representadas em dois modelos nas figuras 5A e 5B.



5A

5B

**Figura 5A e 5B** - Diagrama representativo da análise fatorial confirmatória das escalas TEC-Br Ideal e TEC-Br Real, descrevendo as cargas fatoriais para cada item. Q = itens; e = erro.

#### 4.5 Consistência Interna da SETS-Br e TEC-Br Ideal e TEC-Br Real

A análise de consistência interna foi realizada utilizando o coeficiente de alfa de Cronbach, considerando valores  $> 0,70$  como aceitáveis. O coeficiente de alfa de Cronbach da SETS-Br domínio “positivo” foi de 0,76 e o domínio “negativo” de 0,62, demonstrando uma consistência interna não aceitável para o domínio negativo. O coeficiente de alfa de Cronbach das escalas TEC-Br Ideal e TEC-Br Real demonstraram valores aceitáveis (Tabela 4).

**Tabela 4** - Descrição dos valores de Alfa de Cronbach das escalas SETS-Br e TEC-BR (n=203).

Escalas	Alpha de Cronbach
SETS-Br Positivo	0,76*
SETS-Br Negativo	0,62
TEC-Br Ideal	0,90*
TEC-Br Real	0,88*

\*Valores adequados de Alfa de Cronbach  
SETS-Br: Escala Stanford de expectativa de tratamento; TEC-Br: Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica.

#### 4.6 Confiabilidade das escalas SETS-Br, TEC-Br e escalas de item único.

Para o teste de confiabilidade após uma semana 203 voluntários responderam novamente as escalas SETS-Br e TEC-Br e 110 voluntários responderam as escalas de item único que avaliam expectativas. Seis participantes foram excluídos pois apresentaram instabilidade clínica (variação de dor maior que 2 unidades da END). A amostra final para análise da confiabilidade da SETS-Br e TEC-Br foi de 200 voluntários e das escalas de item único para avaliação das expectativas a amostra foi de 110 voluntários.

Os valores de ICC e a SDC foram computados para as escalas (Tabela 5). O ICC (IC 95%) e o SDC, respectivamente, do escore total do domínio da SETS-Br positivo foram de ICC=0,81 (0,74-0,85) e SDC=3,67 e do domínio negativo foram de ICC=0,74 (0,66-0,80) e o SDC= 4,31 (Tabela 5).

**Tabela 5** - Valores médios da pontuação dos itens e desvios padrões, valores médios de ICC (IC 95%) e o SDC da escala SETS-Br (n=200).

SETS	Média Pontuação (DP)	ICC (IC 95%)	SDC
Q1	6,03 (1,1)	0,78 (0,70-0,83)	<b>1,44</b>
Q2	2,06 (1,69)	0,75 (0,67-0,81)	<b>2,29</b>
Q3	5,55 (1,46)	0,76 (0,69-0,82)	<b>1,94</b>
Q4	1,59 (1,32)	0,78 (0,71-0,83)	<b>1,72</b>
Q5	6,26 (1,08)	0,76 (0,69- 0,82)	<b>1,44</b>
Q6	1,49 (1,10)	0,67 (0,57-0,75)	<b>1,33</b>
<b>Domínio SETS- Escore Positivo</b>	<b>17,94 (3,04)</b>	<b>0,81 (0,74-0,85)</b>	<b>3,67</b>
<b>Domínio SETS-Escore Negativo</b>	<b>5,05 (3,11)</b>	<b>0,74 (0,66-0,80)</b>	<b>4,31</b>

ICC: Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC: Intervalo de confiança; SDC: Mínima Diferença Detectável.

Os valores de ICC e a SDC foram computados para a TEC-Br Ideal e TEC-Br Real. Os valores de ICC e SDC do escore total da TEC-Br Ideal e TEC-Br Real foram de ICC=0,88(0,85-0,91) e SDC= 4,26 e ICC= 0,89(0,86-0,92) e SDC=5,14 (Tabela 6).

**Tabela 6** - Valores médios da pontuação dos itens, valores médios de ICC (IC 95%) e o SDC das escalas TEC-Br Ideal e TEC-Br Real (n=200).

Questões	TEC-Br Ideal			TEC-Br Real		
	Média Pontuação (DP)	ICC (IC 95%)	SDC	Média Pontuação (DP)	ICC (IC 95%)	SDC
Q1	4,67 (0,62)	0,79 (0,73-0,84)	0,79	4,04 (0,79)	0,79 (0,73-0,84)	1,01
Q2	4,79(0,57)	0,76 (0,69-0,82)	0,78	4,04 (0,79)	0,79 (0,73-0,84)	1,01
Q3	4,59(0,78)	0,85 (0,80-0,88)	0,83	4,26 (0,94)	0,89 (0,85-0,91)	0,86
Q4	4,70(0,58)	0,77 (0,70-0,82)	0,77	4,33 (0,78)	0,81 (0,74-0,85)	0,95
Q5	4,69(0,62)	0,85 (0,80-0,88)	0,67	4,29 (0,84)	0,82 (0,76-0,86)	0,98
Q6	4,55(0,81)	0,82 (0,77-0,87)	0,97	4,31 (0,93)	0,88 (0,85-0,91)	0,89



Q7	4,56(0,73)	0,84 (0,79-0,88)	0,78	4,23 (0,88)	0,83 (0,77-0,87)	1,00
Q8	4,67(0,61)	0,83 (0,78-0,87)	0,68	4,29 (0,90)	0,83 (0,78-0,87)	1,00
Q9	4,59(0,78)	0,81 (0,76-0,86)	0,92	4,11 (0,92)	0,83 (0,78-0,87)	1,06
<b>Média Pontuação Total (DP)</b>	<b>41,80 (4,63)</b>	<b>0,88 (0,85-0,91)</b>	<b>4,26</b>	<b>38,08 (±5,59)</b>	<b>0,89 (0,86-0,92)</b>	<b>5,14</b>

ICC: Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC: Intervalo de confiança; SDC: Mínima Diferença Detectável; DP: Desvio padrão.

Os valores de ICC e a SDC foram computados para cada escala de item único. Esses dados estão descritos na tabela 7. Foram observados valores de ICC aceitáveis para todas as escalas (ICC >0,70).

**Tabela 7** - Valores médios da pontuação, valores médios de ICC (IC 95%) e o SDC das escalas de item único (n=110).

Escalas	Média Pontuação (DP)	ICC (IC 95%)	SDC
<b>A=Expectativa de alívio da dor com tratamento</b>	8,52 (1,26)	0,93 (0,91-0,95)	<b>0,85</b>
<b>B=Expectativa melhora da dor lombar com tratamento</b>	8,51 (1,45)	0,79 (0,70-0,86)	<b>0,70</b>
<b>C=Expectativa Melhora da dor lombar</b>	8,44 (1,29)	0,88 (0,83-0,92)	<b>1,24</b>
<b>D=Expectativa de recuperação</b>	6,52 (2,05)	0,94 (0,91-0,96)	<b>1,39</b>

ICC: Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC: Intervalo de confiança; SDC: Mínima Diferença Detectável; DP: Desvio padrão

#### 4.7 Validade de Construto das escalas SETS-Br, TEC-Br e escalas de item único.

A validade de construto foi verificada através da correlação entre os escores das escalas SETS-Br, TEC-Br Ideal, TEC-Br Real, Escala de Item único de Expectativa alívio de dor tratamento, Escala de Expectativa melhora da dor lombar tratamento, Escala de Expectativa Melhora dor lombar, Escala de Expectativa de recuperação, TOV-Otimismo e Pessimismo.

Segue abaixo a descrição das correlações observadas e hipóteses confirmadas para cada escala testada e seus domínios:

- Para a escala SETS-Br domínio positivo foi observada correlação significativa fraca com a TEC-Br Real ( $r=0,22$ ) e com TOV escore otimismo ( $r=0,29$ ). Com as demais escalas não foram observadas correlações significativas. Apenas 2/9 hipóteses foram confirmadas (22%).

- Para a SETS-Br domínio negativo foi observada correlação significativa fraca com TOV escore pessimismo ( $r=0,21$ ). Com as demais escalas não foram observadas correlações significativas. Apenas 1/9 hipóteses foram confirmadas (11%).

- Para a escala TEC-Br real foi observada correlação significativa moderada com a escala de expectativa alívio da dor com tratamento ( $r=0,37$ ), com a escala expectativa de melhora da dor lombar com tratamento ( $r=0,39$ ), com a escala de expectativa de melhora da dor lombar ( $r=0,38$ ) e com a escala de expectativa de recuperação ( $r=0,24$ ). Do total de 5 hipóteses levantadas a priori foram confirmadas 7 (75%).

- Para a escala TEC-Br ideal não foi observada nenhuma correlação significativa e nenhuma hipótese foi confirmada.

- Para a escala de expectativa de alívio da dor com tratamento foi verificada correlação significativa de moderada a forte com TEC-Br Real ( $r=0,37$ ), com a escala de expectativa da dor lombar com tratamento ( $r=0,85$ ), com a escala de expectativa de melhora da dor ( $r=0,67$ ) e com a escala de expectativa de recuperação com  $r=0,26$ . Com as demais escalas não foram observadas correlações significativas. Do total de 7 hipóteses levantadas a priori, foram confirmadas 4 (57%).

- A escala de expectativa de melhora da dor lombar com tratamento foi observada correlação significativa moderada a forte com TEC-Br Real ( $r=0,39$ ), com a escala de alívio da dor com tratamento ( $r=0,85$ ), com a escala de expectativa de melhora da dor lombar ( $r=0,71$ ) e com a escala de expectativa de recuperação ( $r=0,30$ ). Com as demais escalas não foram observadas correlações significativas. Do total de 7 hipóteses levantadas a priori, foram confirmadas 4 (57%).

- A escala de expectativa de melhora da dor lombar apresentou correlação significativa moderada com TEC-Br Real ( $r=0,38$ ), com a escala de alívio da dor com tratamento ( $r=0,67$ ), com a escala de recuperação ( $r=0,44$ ) e correlação forte com a escala de expectativa melhora da dor lombar com tratamento com ( $r=0,71$ ). Com as demais escalas não foram observadas correlações significativas. Do total de 7 hipóteses levantadas a priori, foram confirmadas 4 (57%).

- A escala de expectativa de recuperação apresentou correlação significativa fraca com a TEC-Br Real ( $r=0,24$ ), com a escala de expectativa de alívio da dor lombar com

tratamento ( $r=0,26$ ), com a escala de expectativa melhora da dor lombar com tratamento ( $r=0,30$ ) e com a escala de expectativa de melhora da dor ( $r=0,44$ ). Com as demais escalas não foram observadas correlações significativas. Do total de 7 hipóteses levantadas a priori, apenas 4 foram confirmadas (57%).

As escalas não citadas não apresentaram correlações significativas. Todas as correlações estão descritas na tabela 8.

**Tabela 8** - Valores de correlação de Spearman entre a pontuação das escalas (n=110).

	SETS- Positivo	SETS- Negativo	TEC-Br Real	TEC-Br Ideal	Expectativa alívio da dor com tratamento	Expectativa melhora da dor lombar com tratamento	Expectativa Melhora da dor lombar	Expectativa de recuperação	TOV Escore Otimismo	TOV Escore Pessimismo
SETS- Br Positivo	NA	-0,15	<b>0,22*</b>	-0,01	0,18	0,16	0,09	-0,01	<b>0,29**</b>	0,16
SETS-Br Negativo	-0,15	NA	-0,17	0,11	-0,09	-0,13	-0,09	0,04	-0,02	<b>0,21*</b>
TEC-Br Real	<b>0,22*</b>	-0,17	NA	0,19	<b>0,37**</b>	<b>0,39**</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,24*</b>	NA	NA
TEC-Br Ideal	-0,01	0,11	0,19	NA	-0,06	-0,10	-0,09	-0,13	NA	NA
Expectativa alívio da dor com tratamento	0,18	-0,09	<b>0,37**</b>	-0,06	NA	<b>0,85**</b>	<b>0,67**</b>	<b>0,26**</b>	NA	NA
Expectativa melhora da dor lombar com tratamento	0,16	-0,13	<b>0,39**</b>	-0,10	<b>0,85**</b>	NA	<b>0,71**</b>	<b>0,30**</b>	NA	NA
Expectativa melhora da dor lombar	0,09	-0,09	<b>0,38**</b>	-0,09	<b>0,67**</b>	<b>0,71**</b>	NA	<b>0,44**</b>	NA	NA
Expectativa de recuperação	-0,01	0,04	<b>0,24*</b>	-0,13	<b>0,26**</b>	<b>0,30**</b>	<b>0,44**</b>	NA	NA	NA

SETS-Br: Escala Stanford de expectativa de tratamento; TEC-Br: Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica; TOV: Teste Orientação de Vida  
 NA: Não se aplica; \*p< 0.05; \*\*p<0.01

A tabela 9 é um quadro resumo dos instrumentos testados no estudo e a qualidade das propriedades de medida de acordo com Prinsen et al., (2016). A escala que atendeu os critérios de boa propriedade de medida para a maior parte das propriedades analisadas nesse estudo foi a TEC-Br Real. As escalas de item único também apresentaram propriedades de medida adequadas, apesar de não confirmar pelo menos 75% das hipóteses da validade de construto (Tabela 9).

**Tabela 9** - Resumo dos dados das propriedades de medidas analisadas.

Propriedades de Medida					
Escalas testadas	Validade estrutural	Confiabilidade (ICC)	Consistência Interna (Alfa de Cronbach)	Medida de Erro (SDC)	Validade de Construto - Teste de Hipóteses
<b>SETS-Br Positivo</b>	RMSEA=0,02 CFI = 0,99, GFI=0,98 TLI = 0,99	0,81 Confiabilidade Substancial	Alfa de Cronbach = 0,76 Adequado	3,67	22% (2/9 hipóteses) Não adequado
<b>SETS-Br Negativo</b>	Idem a SETS positivo Adequado	0,74 Confiabilidade Adequada	Alfa de Cronbach = 0,62 Não adequado	4,31	11% (1/9 hipóteses) Não adequado
<b>TEC-Br Real</b>	RMSEA=0,08 CFI = 0,97, GFI=0,95, TLI = 0,94 Adequado	0,89 Confiabilidade Substancial	Alfa de Cronbach= 0,90 Adequado	5,14	75% (5/7 hipóteses) Adequado
<b>TEC-Br Ideal</b>	RMSEA=0,06 CFI = 0,98, GFI=0,96, TLI = 0,97 Adequado	0,88 Confiabilidade Substancial	Alfa de Cronbach= 0,88 Adequado	4,26	0% 0/7 (hipóteses) Não adequado
<b>Expectativa alívio da dor com tratamento</b>	NA	0,93 Confiabilidade Excelente	NA	0,85	57% (4/7 hipóteses) Moderada
<b>Expectativa melhora da dor lombar com tratamento</b>	NA	0,79 Confiabilidade Substancial	NA	0,70	57% (4/7 hipóteses) Moderada
<b>Expectativa melhora da dor lombar</b>	NA	0,88 Confiabilidade Substancial	NA	1,24	57% (4/7 hipóteses) Moderada
<b>Expectativa de recuperação</b>	NA	0,94 Confiabilidade Excelente	NA	1,39	

NA: não se aplica; ICC: Coeficiente de Correlação Intraclasse; SDC: Mínima Diferença Detectável; DP: Desvio padrão.



**PPGRDF**

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

## DISCUSSÃO

## 5. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal realizar a adaptação transcultural e validação para o português Brasil em pacientes com dor lombar crônica das escalas que avaliam expectativas: SETS-Br, TEC-Br Ideal, TEC-Br Real, escala de expectativa de alívio da dor com tratamento, escala de expectativa de melhora da dor lombar com tratamento, escala de expectativa de melhora da dor lombar e escala de expectativa de recuperação. Essas escalas avaliam as expectativas sobre os resultados e sobre os processos dos tratamentos.

Os principais achados do presente estudo quanto às propriedades de medidas das escalas de expectativas foram:

1. A SETS-Br confirmou ser uma escala bifatorial com dois domínios e com valores de validade estrutural adequados. A TEC-Br também demonstrou valores aceitáveis de validade estrutural quando as escalas TEC-Br Real e TEC-Br Ideal foram analisadas separadamente;
2. Ambas as escalas TEC-Br demonstraram valores adequados para a consistência interna. No entanto, somente a SETS-Br domínio positivo apresentou adequada consistência interna.
3. Todas as escalas apresentaram valores adequados para a Confiabilidade;
4. A única escala que confirmou 75% das hipóteses previamente estabelecidas foi a TEC-Br Real, as escalas de item único para avaliação das expectativas confirmaram apenas 57% (4/7) das hipóteses e a SETS-Br domínio positivo apenas 22% e a domínio negativo 11% das hipóteses levantadas;
5. Os valores de erro das escalas também foram demonstrados variando entre 3,67 e 4,31 respectivamente para a SETS domínios positivo e negativo e 4,26 e 5,14 para as escalas TEC-Br Ideal e TEC-Br Real, respectivamente. E variando entre 0,70 a 1,39 para as escalas de item único que avaliam expectativas.

Nas próximas seções dessa Discussão vamos abordar as implicações desses achados.

### 5.1 Características da amostra e Processo de adaptação transcultural

Nossa amostra de voluntários apresentou média de idade de 44 anos e foi predominante o sexo feminino (60%) em todas as etapas da pesquisa. Esses dados estão em concordância com o estudo de desenvolvimento da TEC em que amostra predominante era do sexo feminino (61,2%) (PAGE et al., 2019). Segundo a última atualização do *Global Burden of diseases*, a taxa de prevalência global da DL foi maior em mulheres em comparação com homens em todas

as faixas etárias, embora diferenças mais marcantes tenham sido observadas nas faixas etárias mais avançadas (GLOBAL BURDEN OF DISEASES., 2023).

Considerando o nível de escolaridade da nossa amostra, contamos com predomínio de voluntários com ensino médio completo e superior incompleto para a fase de pré-teste (37%) e para o teste de campo (37%). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2019) o percentual de pessoas com ensino médio completo na população brasileira é de 48,8%. Nesse contexto, podemos considerar que nossa amostra é parcialmente representativa da população alvo de interesse deste estudo. Para avaliar nossas ferramentas na etapa do pré-teste utilizamos os questionários (Mini-Cog e Teste de Cloze) afim de verificar o nível de cognição (COSTA et al., 2012) e compreensão de leitura e interpretação de texto dos voluntários (BORMUTH., 1968). Dessa forma, é possível que tenhamos enviesado o recrutamento da amostra, com maior nível de escolaridade, devido ao critério de inclusão relacionado à adequada compreensão de teste através do teste de Cloze.

O manual do COSMIN orienta que após o processo de tradução e adaptação transcultural essas escalas devem ser testadas e validadas em uma população específica. Esse processo de validação verificando as propriedades de medidas das escalas nos ajuda a compreender se ela realmente avalia e analisa o que se propõe a medir. Para o processo de validação dos instrumentos recomenda-se testar as escalas em uma amostra de no mínimo 100 indivíduos (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). Desta forma, consideramos uma amostra de 203 voluntários para análise de validade estrutural e consistência interna. No estudo de desenvolvimento da SETS por Younger et al., (2012), a amostra total dos três estudos foi de 423 participantes, e no desenvolvimento da TEC por Page et al., (2019) a amostra foi de 205 participantes.

As etapas de tradução e adaptação transcultural resultaram em instrumentos com boa compreensão pelos participantes da pesquisa, no entanto, neste processo foram necessárias pequenas adaptações culturais para o nosso idioma. As principais adaptações no processo de tradução da SETS ocorrem para os itens 4 e 6. A adaptação da palavra “*fears*” apresentada no item 4 foi traduzida como “medo” e para amenizar o uso do termo que pode ter uma conotação de ameaça ou perigo, o termo receio foi incluído entre parênteses. Assim, o participante pode entender que o termo medo não é aplicável ao seu caso, mas que o termo “receio” seria mais apropriado. Assim o item 4 ficou “Eu tenho medos (receios) em relação a este tratamento”. No item 6, a palavra “*nervous*” foi traduzida para o português por “nervoso”, entretanto, o autor da versão original sugeriu o emprego do termo “preocupado”, sendo assim o item 6 ficou “Eu estou preocupado(a) com os possíveis efeitos negativos deste tratamento”.



As principais adaptações nos termos utilizados no processo de tradução da escala TEC ocorreram nas instruções da escala. Na escala TEC-Ideal, a palavra “*ideally*” foi traduzida para “ideal” e o termo “*hope/happen*” para “considera/gostaria”. Já na escala de TEC-Real, o termo em inglês “*really*” foi traduzido para “real/realmente” e o termo “*happen*” para “espera”. Todas as adaptações nos termos da escala TEC-Br e da SETS-Br foram realizadas com o consenso dos especialistas nas etapas de adaptação transcultural, como também enviamos as versões finais para o autor da escala original. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo prévio descrevendo o processo de adaptação transcultural das escalas SETS e TEC para outras línguas. Apenas a escala SETS em sua versão original foi adaptada por Ferkin et al., (2022) para avaliar as expectativas de resultado de tratamento em indivíduos que estavam em tratamento para cessação do tabagismo. Foram descritos valores de consistência interna (alfa de Cronbach  $>0,77$ ), confiabilidade ( $r=0,54$  e  $0,72$ ) e correlação com autoeficácia para abstinência ( $r=0,45$  a  $0,61$ ) (FERKIN et al., 2022).

## 5.2 Validade estrutural das escalas SETS-Br e TEC-Br

A validade estrutural indica o grau em que as pontuações das ferramentas são reflexos adequados da dimensionalidade do construto a ser medido (MOKKINK et al., 2018), recomenda-se avaliar as estruturas das ferramentas através da análise fatorial confirmatória (AFC) (PRINSEN et al., 2016; MOKKING et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). O modelo bifatorial, com domínios positivo e negativo, que foi apresentado no estudo original da escala SETS-Br foi confirmado em nosso estudo. Nesse sentido, confirmamos que os itens 1, 3, 5 representam o domínio de expectativas positivas e os itens 2, 4, 6 se referem ao domínio de expectativas negativas. Esse resultado de validade estrutural demonstra e recomenda que a somatória das pontuações deve ser utilizada separadamente para cada domínio.

No estudo de desenvolvimento conduzido por Younger et al., (2012) foi utilizada a análise fatorial exploratória (AFE) para análise de validade estrutural. A escala inicial proposta por Younger et al., (2012) era composta por 19 itens, representados em dois fatores expectativas positivas e expectativas negativas. Para redução dos itens da escala foram realizadas análises de consistência interna, resultando em uma escala de apenas três itens por fator (YOUNGER et al., 2012). Entretanto, os únicos índices da AFE apresentados no artigo de desenvolvimento da escala, foram eigenvalues (auto-valores) de 7,6 e 2,5 para os fatores domínio positivo e negativo, respectivamente. Nossos resultados corroboram com o estudo de desenvolvimento em que a SETS-Br demonstrou ser uma escala bifatorial composta por dois domínios em que

os escores desses domínios devem ser utilizados separadamente: domínio positivo = itens 1, 3 e 5 e domínio negativo = itens 2, 4 e 6.

Para a escala TEC-Br, o modelo hipotético testado primeiramente foi o bifatorial, que apresentou valores inadequados na AFC. Analisamos dois novos modelos considerando a TEC-Br como duas escalas separadas: “ideal” e “real” e utilizando esse novo modelo hipotético, sugerindo que as escalas representam a dimensionalidade de construtos diferentes, obtivemos valores adequados de RMSEA, CAIC, CFI, GFI e  $\chi^2$ . No estudo de desenvolvimento, Page et al., (2019) utilizaram para selecionar os itens da escala a análise de Mokken e não testaram a estrutura da escala através das análises recomendadas pelo COSMIN (MOKKINK et al., 2018) como análise fatorial confirmatória (Teoria Clássica dos Testes) ou Análise tipo Rasch (Teoria de Resposta ao Item). Diferentemente dos nossos achados, os autores descrevem o modelo de estrutura da escala com dois fatores (PAGE et al., 2019).

Ao contrário de Page et al., (2019) nosso estudo avaliou a AFC da escala TEC-Br que demonstrou valores adequados somente quando testadas separadamente em TEC-Br Ideal e TEC-Br Real. Demonstrando que as escalas avaliam construtos diferentes e devem ser utilizadas separadamente. Não recomendamos o uso do escore total, somando-se o escore das escalas TEC-Br Ideal e TEC-Br Real.

### **5.3 Consistência interna, Confiabilidade e Medida de Erro**

Para uma interpretação adequada do parâmetro de consistência interna faz-se necessário atender primariamente o critério de adequada validade estrutural. Segundo Mokkink et al., (2018) a estatística de consistência interna só ganha significado interpretável, quando se determina a inter-relação entre os itens de um conjunto de itens que juntos formam um modelo reflexivo. O coeficiente de consistência interna deve ser calculado para cada subescala separadamente (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022).

A consistência interna da SETS-Br foi analisada separadamente, o domínio positivo indicou um alfa de Cronbach com valor aceitável de 0,76, no entanto, o domínio negativo obteve valor abaixo do recomendado para uma boa consistência (TERWEE et al., 2007) demonstrando alfa de Cronbach de 0,62. Esse valor abaixo do considerado aceitável nos faz questionar sobre os itens que compõem o domínio negativo, se observarmos as cargas fatoriais dos itens 2 e 4 apresentaram valores limítrofes, bem próximos do valor de 0,30 que é o mínimo recomendado. Nossos achados, não estão em concordância com os achados descritos estudo de desenvolvimento da SETS, em que os valores de consistência interna inicial foram de 0,86 para o domínio positivo e 0,88 para o domínio negativo (YOUNGER et al., 2012).

A veracidade de se avaliar e considerar os valores de alfa de Cronbach para avaliar a estrutura da ferramenta na literatura é discutível (SIJTSMA., 2009). Como critério para definição de consistência interna é recomendado que a escala apresente evidência de validade de estrutura e alfa de Cronbach  $>0,70$  (PRINSEN et al., 2016). A literatura discute que os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida (CORTINA., 1993), assim, instrumentos com pequeno número de itens podem resultar em valores de alfa de Cronbach baixos, penalizando a propriedade de medida de consistência interna (SIJTSMA., 2009). Esse aspecto pode explicar o baixo valor de consistência interna obtido para a escala SETS-Br domínio expectativa negativa, mas não explica por que o mesmo não ocorreu para a SETS-Br domínio positivo, que também apresenta apenas 3 itens. Outra explicação possível para a diferença entre nossos achados e do estudo de proposição da SETS são as amostras consideradas em ambos os estudos. No estudo de Younger et al., (2012) foram considerados apenas pacientes elegíveis para cirurgias e com diferentes condições: artroplastias de quadril e joelho, remoção de tumores, hérnias lombares e tonsilectomias. É possível que a escala SETS expectativa negativa em que as perguntas são focadas em medo/receio e preocupação com o tratamento, tenham uma aplicabilidade mais específica para contextos em que intervenções invasivas serão empregadas. Nossos resultados, dessa forma, sugerem que no contexto de tratamentos não invasivos, como os utilizados pela fisioterapia (terapias passivas, exercícios e abordagem multidimensional), a SETS expectativa negativa parece não demonstrar bom desempenho em termos de propriedades de medida. Sugerimos que estudos futuros possam contribuir para elucidar esses aspectos.

As duas escalas TEC-Br demonstraram valores de alfa de Cronbach excelentes, a TEC-Br Ideal = 0,90 e TEC-Br Real = 0,88. Nossos resultados foram compatíveis com o estudo de Page et al., (2019), que apresentaram valores de consistência interna da subescala Ideal de 0,86 e da subescala Real = 0,87, mesmo não analisando a validade estrutural da escala com análises recomendadas, os autores testaram a consistência interna em cada subescala da TEC (PAGE et al., 2019).

A confiabilidade avalia a extensão em que os escores de um paciente que está estável se mantém sob diferentes condições, por exemplo ao longo do tempo (teste-reteste). (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). Todas as escalas de expectativas testadas nesse estudo demonstraram boa confiabilidade no reteste de sete dias. Essa propriedade de medida mede se as escalas aplicadas em diferentes momentos demonstraram resultados estáveis e forneceram respostas semelhantes, de modo a identificar a variabilidade vs. erro de medição.

As escalas que apresentaram valores de confiabilidade maiores que 0,90, foram consideradas com confiabilidade excelente, representadas pelas escalas de item único que avaliam expectativa de alívio da dor com tratamento e a escala de expectativa de recuperação. As escalas de expectativa de melhora da dor lombar com tratamento, a escala de expectativa de melhora da dor lombar, a SETS-Br e a TEC-Br apresentaram uma confiabilidade substancial com valores entre 0,75 a 0,90, o que também é considerada boa confiabilidade segundo a literatura (PRINSEN et al., 2016; ELSMAN et al., 2022). No estudo de desenvolvimento e validação das escalas SETS e TEC os valores de confiabilidade não foram relatados e não encontramos na literatura estudos que testaram a confiabilidade das escalas de item único que avaliam expectativas. Inúmeros estudos na literatura utilizaram escalas de avaliação de expectativa com intuito prognóstico ou preditivo (MONDLOCH et al., 2001; ENGEL et al., 2004; EKLUND et al., 2019; KONGSTED et al., 2014), mas especialmente para escalas de item único, a confiabilidade e demais propriedades de medida não foram testadas. A falta de análises das propriedades de medidas das escalas de expectativa no geral é um problema já levantado previamente na literatura (LAFERTON et al., 2017). Entender se o escore do instrumento é capaz de demonstrar resultados replicáveis é imprescindível para a interpretabilidade dos achados de estudos de prognóstico ou mesmo em ensaios clínicos (LAFERTON et al., 2017). Dessa forma, nossos achados preenchem uma lacuna importante na literatura.

O erro da medida refere-se aos erros aleatórios e sistemáticos do escore de um indivíduo que não condizem com as verdadeiras mudanças no construto que está sendo medido (MOKKINK et al., 2018; ELSMAN et al., 2022). Os valores de erro das ferramentas nos ajudam a compreender os valores relacionados a mudanças clinicamente relevantes, que devem ser maiores do que o erro de medição do instrumento (PRINSEN et al., 2016). Em nosso estudo, verificamos o erro de medição através da mínima diferença detectável das escalas de expectativas como recomendado (PRINSEN et al., 2016). Os valores da mínima diferença detectável (SDC) da escala TEC-Br Ideal foi de SDC=4,26 e da TEC-Br Real SDC=5,14, sendo o valor do escore mínimo e máximo (9 a 45 pontos) para cada escala, os valores para a SETS-Br positiva foi de SDC=3,67 e SETS-Br negativo de SDC=4,31 e o valor do escore mínimo e máximo (3 a 21 pontos) para cada subescala. Para as escalas de item único (0 a 10 unidades), a escala que avaliou expectativa de alívio de dor com tratamento foi observado um SDC=0,85, a escala de expectativa melhora dor lombar com tratamento o SDC foi de 0,70, a escala de expectativa melhora dor lombar o SDC foi de 1,24 e para a escala de expectativa de recuperação o SDC foi de 1,39. Esses resultados devem ser interpretados da seguinte maneira: mudanças na

expectativa do paciente só podem ser consideradas relevantes clinicamente se forem superiores aos valores de erro. Assim, para a escala de expectativa de alívio de dor com tratamento, por exemplo, valores de mudança  $< 0.85$ , não podem ser considerados clinicamente relevantes, uma vez que representam o erro do escore. Os estudos de desenvolvimento das escalas SETS e TEC não demonstraram a confiabilidade das escalas e nem apresentaram os valores de SDC das ferramentas (YOUNGER et al., 2012; PAGE et al., 2019).

#### **5.4 Validade de construto**

Para verificar a validade de construto das ferramentas correlacionamos as seis escalas de expectativas a fim de verificar o grau de correlação entre as pontuações desses instrumentos, baseando-se no pressuposto de que essas escalas mensuravam, antes, o mesmo construto: expectativas. Além disso, também esperávamos correlação da escala SETS com a TOV-R escala cujo objetivo é medir os níveis de otimismo e pessimismo em relação ao futuro, já que tal correlação significativa foi demonstrada para a versão original da SETS (YOUNGER et al., 2012).

Nossos resultados demonstraram que a escala que apresentou o melhor desempenho, confirmando 75% das hipóteses foi a TEC-Br Real, confirmando 5 das 7 hipóteses estabelecidas previamente. Todas as escalas de item único que avaliam expectativas não atingiram o critério de 75% das hipóteses confirmadas, confirmando apenas 4 de 7 hipóteses.

Esperávamos que a SETS-Br apresentasse correlações significativas com o domínio otimismo da TOV-R, hipótese baseada no estudo de desenvolvimento (YOUNGER et al., 2012), mas também esperávamos correlações significativas com o domínio pessimismo da escala TOV-R, no entanto, somente a escala SETS-Br em seu domínio positivo obteve uma correlação fraca com TOV-R escore otimismo  $r=0,29$ , colaborando com os resultados apresentados no estudo de desenvolvimento SETS positivo vs. TOV-R escore otimismo  $r=0,28$ . A SETS-Br de todas as escalas de expectativas analisadas foi a que apresentou valores mais baixos de validade de construto, confirmando apenas 22% das correlações em seu domínio positivo e 11% no domínio negativo.

Observando a pobre correlação da SETS com as outras escalas de expectativas, levantamos algumas questões para compreender e verificar o construto que a escala pretende avaliar. A amostra em que a escala foi desenvolvida e testada não condiz com a população que testamos, no entanto, avaliando os itens da SETS verificamos que as perguntas são voltadas para efetividade, resolutividade, preocupação do tratamento e não para expectativas.

No processo de desenvolvimento da escala SETS por Younger et al., (2012) os autores solicitaram frases-chave de médicos, psicólogos e pesquisadores na área cirúrgica para criação dos itens da escala. Além das frases seletivas para criação, a amostra utilizada para testar os itens foi pacientes que estavam na sala de espera pré-operatória do hospital de Stanford. Se levarmos em consideração essa amostra para validação da escala, devemos pensar sobre os anseios esperados sobre o tratamento cirúrgico, talvez a SETS não tenha tido o objetivo de captar “expectativas” e sim “preocupações, efetividade e resolutividade do tratamento cirúrgico”.

Observando os itens abaixo da escala SETS-Br, em nenhum momento a palavra “*expectativa*” é utilizada para avaliar o resultado do tratamento, talvez realmente seja uma escala que avalia a efetividade, resolutividade e anseios sobre um tratamento. Podemos considerar que é possível que a escala SETS-Br não tenha confirmado grande parte das correlações com as outras escalas de expectativas, pelo fato de seus itens terem o foco de captar outros construtos e não expectativas. A validade de construto tem o intuito de verificar as correlações entre os construtos das ferramentas que estão sendo validadas, a falta de correlação significativa da SETS com as outras escalas de expectativas questiona o fato de seu construto não captar e avaliar as expectativas sobre os resultados de tratamentos.

- 
1. Este tratamento será completamente eficaz.

---

  2. Eu estou preocupado(a) com meu tratamento.

---

  3. Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.

---

  4. Eu tenho medos em relação a este tratamento.

---

  5. Eu tenho confiança total neste tratamento.

---

  6. Eu estou preocupado(a) com os efeitos negativos deste tratamento

---

A escala TEC-Br Real apresentou o melhor desempenho para confirmar as hipóteses previamente estabelecidas com as outras escalas de expectativas, diferentemente do observado para a TEC-Br Ideal. O score da escala TEC-Br Real se correlacionou com o score de todas as escalas de item único que avaliam expectativas, mas especificamente com as escalas de expectativa de alívio, expectativa de melhora da dor lombar e expectativa de melhora da dor lombar com tratamento. Esse resultado demonstra que o construto avaliado pela escala TEC-Real tenha maior proximidade com os conceitos compreendidos das escalas de item único que avaliam expectativas do que com o construto da escala SETS. Entretanto, a magnitude das

correlações variou entre fracas e moderadas, sugerindo que a escala TEC-Br Real parece contemplar outros aspectos, não captados pelas escalas de item único. Ou seja, os múltiplos itens da escala TEC-Real parecem englobar de forma mais completa as várias dimensões do construto expectativa.

A observação dos itens da escala TEC-Br Real sugere que essa escala avalia o construto expectativas de forma mais detalhada abordando os processos (“*vou aprender mais sobre a minha condição de dor*”) e resultados (“*minha dor irá reduzir significativamente*”) relativos ao tratamento. As expectativas relacionadas aos resultados dos tratamentos referem-se aos benefícios e efeitos esperados como resultado das intervenções, já as expectativas sobre o processo de tratamento, estão relacionadas ao contexto clínico e terapêutico dos tratamentos, tais como: interação com o profissional da saúde, participação no processo de tomada de decisão ou ainda ser submetido a uma avaliação (ALBERTS et al., 2020). Em outras palavras, as expectativas de processo referem-se as competências abordadas pelo terapeuta para fornecer os cuidados, incluindo habilidades interpessoais e de competência, e as de resultado estão relacionadas aos resultados esperados no encontro terapêutico em termos de saúde física e fatores psicossociais (PAGE et al., 2019). Por isso, em nosso estudo, foram incluídas diferentes escalas visando contribuir para elucidar as possíveis diferenças nos construtos avaliados por essas escalas.

Quando observada a falta de correlações significativas entre a TEC-Br Ideal e as diferentes escalas de expectativas de item único, é possível sugerir que a TEC-Br Ideal parece avaliar um construto diferente daquele mensurado pelas escalas de item único. A literatura descreve que as expectativas ideais são baseadas nos “valores”, descrevendo essas expectativas como sentimentos mais afetivos e menos racionais, como esperanças ou medos (por exemplo, esperar ficar sem dor), diferenciando das expectativas reais que caracterizam como suposições realistas sobre o que é provável que aconteça (por exemplo, esperar a melhora dos sintomas) (ALBERTS et al., 2023). Sugerimos que futuros estudos investiguem a capacidade preditiva dos construtos expectativa ideal vs. irreal, afim de demonstrar qual desses construtos demonstrará maior capacidade de prever os pacientes mais responsivos a intervenções.

A escala SETS é uma escala dividida em dois domínios, que se propõe a avaliar expectativas positivas e negativas relacionadas ao tratamento (YOUNGER et al., 2012). No entanto, a falta de correlação com as demais escalas testadas em nosso estudo, sugere que a SETS parece avaliar um outro construto. A vantagem da escala SETS é tentar identificar de forma separada as expectativas negativas e positivas, partindo-se do pressuposto de que é possível a coexistência de perspectivas positivas e negativas sobre um tratamento e que essas

dimensões não se anulam. Nesse sentido, se o paciente tem uma expectativa positiva elevada é possível que ele também demonstre uma expectativa negativa elevada, sobre um mesmo tratamento.

Considerando as perguntas de item único, questões similares às vezes podem ser interpretadas pelos clínicos como sinônimos, porém, nossos resultados sugerem que a adição de alguns termos específicos pode modificar a avaliação da expectativa pelo paciente. Quando, por exemplo, se pergunta ao paciente sobre “*qual é sua expectativa sobre o alívio da sua dor com o tratamento?*” nossos resultados demonstraram que há uma sutil diferença do que quando se pergunta “*qual é sua expectativa de melhora da dor lombar?*”. Ambas as questões parecem cobrir o construto *expectativa sobre resultado de tratamento*, entretanto a correlação entre essas 2 questões em nosso estudo foi de  $r=0,67$ , enquanto para as 2 escalas de item único em que o termo *tratamento* foi especificamente utilizado, a correlação foi de  $r=0,85$ . Nossos resultados sugerem que quando o paciente é questionado sobre o resultado esperado atrelado a um tratamento específico (*alívio da dor com este tratamento*), ele pode expressar sua expectativa de uma maneira diferente do que quando ele é questionado sobre sua expectativa de melhora sem especificar o contexto (*qual é a chance de sua condição (dor lombar) melhorar consideravelmente?*). Entretanto, estudos futuros poderiam investigar a capacidade preditiva dessas duas formas diferentes de questionar sobre expectativas.

Dois aspectos principais limitam a evidência de relação entre expectativas de processos vs. expectativas de resultados (ALBERTS et al., 2023; SHEDDEN et al., 2023; LAFERTON et al., 2017). A primeira problemática se trata dos conceitos sobre expectativas (ALBERTS et al., 2023), no que se diz a respeito à diversidade de teorias e modelos que tentam explicar os diferentes construtos de expectativas (ideais, reais, positiva, processos, resultados etc.) e a segunda se trata da avaliação com instrumentos não validados ou testados, sem embasamento nos modelos de expectativas, resultando em escalas ambíguas, não padronizadas e com viés (SHEDDEN et al., 2023).

Em nosso estudo, foram consideradas escalas de expectativas de item único amplamente utilizadas na literatura.

Dessa forma, incluímos as seguintes escalas em nosso estudo:

1. Escala de Expectativa de alívio da dor com tratamento (MONDLOCH et al., 2001; CORMIER et al., 2021)
2. Escala de Expectativa de melhora da dor lombar com tratamento (ENGEL et al., 2004)
3. Escala de Expectativa de melhora da dor lombar (EKLUND et al., 2019)



4. Escala de Expectativa de recuperação (KONGSTED et al., 2014; EKMAN et al., 2005; PENDEL et al., 2003).

As 4 escalas demonstraram bons níveis de confiabilidade e parcialmente atenderam ao critério de boa qualidade de propriedade de medida de validade de construto através do teste de hipóteses. Uma possível explicação para o atendimento apenas parcial da propriedade de validade de construto (teste de hipóteses) pode estar no fato de que as escalas incluídas nesse estudo não avaliam de fato o mesmo construto e, dessa forma, não são passíveis de serem substituídas. Especialmente as escalas de múltiplos itens (SETS-Br e TEC-Br) quando comparadas com as escalas de item único. A magnitude das correlações entre as escalas de item único variou entre 0,26 e 0,85, sendo que os piores níveis de correlação foram observados entre a escala de recuperação da condição de saúde e as demais escalas ( $0,26 < r < 0,44$ ). Todas as escalas, exceto a escala de recuperação, focavam em um desfecho específico: dor. Esse aspecto pode explicar as melhores correlações observadas entre elas ( $0,67 < r < 0,85$ ).

Sabemos que as expectativas são variáveis de natureza preditiva, que quando consideradas no contexto clínico são um potente preditor de resultados dos tratamentos (COLLOCA., 2019). Considerando a importância das expectativas dos pacientes para os resultados de saúde em muitas condições de tratamento, uma compreensão e avaliação de tais expectativas podem auxiliar a direcionar a tomada de decisão terapêutica sobre as intervenções (CORMIER et al., 2021; AUER et al., 2016) e identificar pacientes que terão maior probabilidade a responder a diferentes intervenções.

A literatura demonstra que a crença inicial “expectativa” de um paciente sobre o sucesso de um determinado tratamento pode prever vários resultados de saúde (CORMIER et al., 2021). Cormier et al., (2016) demonstraram que as expectativas pré-tratamento de paciente com dor crônica previam resultados clínicos no acompanhamento de 6 meses (mudanças na intensidade da dor, interferência da dor, tendência a catastrofizar e satisfação global com tratamento) (CORMIER et al., 2016). Já Eklund et al., (2019) observaram que as expectativas de melhora da dor preveem o resultado a curto prazo do tratamento quiroprático para dor lombar, e que a intensidade da dor, o perfil psicológico e a autoeficácia não modificaram essa relação (EKLUND et al., 2019).

Podemos considerar que as expectativas de alívio da dor, melhora e recuperação podem apresentar influências preditivas e de prognóstico importantes para avaliação do paciente (CORMIER et al., 2021; EKLUND et al., 2019; KONGSTED et al., 2014), levar em consideração esse fator específico no início do processo de tratamento proporciona muitos benefícios para guiar os prognósticos dos pacientes com dor lombar crônica (CORMIER et al.,

2021; AUER et al., 2016; CONSTANTINO et al., 2011). Primeiramente essas informações podem auxiliar os terapeutas a identificar pacientes que podem se beneficiar de intervenções baseadas em expectativa, por exemplo, sabemos que as expectativas baixas sobre os resultados dos tratamentos interferem diretamente na recuperação (MYERS et al., 2008; CORMIER et al., 2016), esse seria o caso em que as intervenções de otimização das expectativas para aumentar as chances de recuperação beneficiariam o resultado da terapia (RIEF et al., 2017).

Um dos objetivos desse estudo foi investigar a capacidade preditiva das escalas de expectativas adaptadas e validadas. No entanto, não conseguimos finalizar o ensaio clínico relacionado a tempo para incluir esses dados na presente dissertação. O objetivo dessa análise será analisar possíveis diferenças na capacidade das diferentes escalas de expectativa de prever percepção de melhora ao tratamento, melhora da dor e melhora funcional. A compreensão da natureza, extensão e implicações clínicas da relação entre expectativas e resultados devem ser aprimoradas por pesquisas que sistematizem os construtos expectativas, utilizem de questionários padronizados, validados e específicos para avaliar dimensões diferentes do construto expectativa. Também são desejáveis estudos que incluam intervenções terapêuticas a fim de verificar a eficácia dessas intervenções, sendo que as expectativas parecem ser um construto dependente do contexto inserido.

### **Limitações:**

Este trabalho apresenta algumas limitações: (1) As escalas foram testadas em uma população com uma condição dolorosa específica, por esse motivo, não está claro se os achados atuais podem ser generalizados para populações diferentes, por exemplo para dor crônica no geral; (2) Nossos achados apenas representam parcialmente a escolaridade da população brasileira, dessa forma, é possível que estudos conduzidos em populações em situação de maior vulnerabilidade social e econômica possam demonstrar resultados diferentes e (3) Os dados sobre capacidade preditiva ainda estão sendo coletados, dessa forma, não descrevemos ainda diferenças entre as escalas de prever resultados de intervenções.



## CONCLUSÃO

## 6. CONCLUSÃO

Nossos resultados demonstraram que as escalas SETS-Br e TEC-Br apresentaram adequada validade estrutural, e que apenas a escala TEC-Br Ideal, Real e SETS domínio expectativa positiva apresentaram adequada consistência interna. Todas as seis escalas de “expectativa” consideradas nesse estudo apresentaram bons níveis de confiabilidade e para todas foram descritos os valores de erro da medida. Entretanto, apenas a escala TEC-Br real atingiu boa qualidade de propriedade de medida de validade de construto através do teste de hipóteses. Assim, dentre as escalas testadas, a TEC-Br Real atendeu todos os critérios de boa qualidade de propriedade de medida de acordo com recomendações internacionais. Nossos resultados sugerem que as diferentes escalas testadas parecem mensurar dimensões diferentes do construto expectativa e que a expectativa parece ser um construto dependente de contexto. A TEC-Real parece ser a escala que melhor compreende as várias dimensões do construto expectativa.

## REFERÊNCIAS

ALBERTS, Jannis. *et al.* Development of the generic, multidimensional Treatment Expectation Questionnaire (TEX-Q) through systematic literature review, expert surveys and qualitative interviews. **BMJ Open**, [s. l.], v. 1, n. 23, jan. 2023.

ANDERSON, James C.; GERBING, David W. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. **Psychological Bulletin**, [s. l.], v. 103, n. 3, p. 411-423, 1988.

AUER, Charlotte J. *et al.* Patients' expectations predict surgery outcomes: a meta-analysis. **Int J Behav Med**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 49-62, fev. 2016.

BANDURA, Albert. Reflections On Self-Efficacy. **Adv Behav Res Ther**. [s.l.], p. 237–269. 1978.

BANDURA, Albert. Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory Of Behavioral Change. **Psychological Review**. v.84, p. 191-215.1977

BANDEIRA, Marina. *et al.* Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). **Estudos de Psicologia**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 251-258, jul. 2002.

BEATON, Dorcas E.; *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186-3191, dez. 2000.

BEHLING, Orlando; LAW, Kenneth S. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Ed. 133. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2000.

BENEDETTI, Fabrizio. Placebo and the New Physiology of the Doctor-Patient Relationship. **Physiol Rev.**, [s. l.], v. 3, n. 93, p. 1207-1246, jul. 2013.

BINGEL, Urike. *et al.* The effect of treatment expectation on drug efficacy: Imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl. **Science Transl. Med.**, [s. l.], v. 3, n. 70, fev. 2011.

BISHOP, Mark D. *et al.* Patient expectations of benefit from common interventions for low back pain and effects on outcome: secondary analysis of a clinical trial of manual therapy interventions. **Journal of Manual & Manipulative Therapy**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 20-25, fev. 2011.

BISHOP, Mark D. *et al.* Patient expectations of benefit from interventions for neck pain and resulting influence on outcomes. **J. Orthop. Sports Phys Ther**, [s. l.], v. 43, n. 7, p. 457-465, ago. 2013.

BOERSMA, Katja; LINTON, Steve J. Expectancy fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis. **European Journal of Pain**, [s. l.], v. 10, n. 6, p. 551-557, ago. 2006.

BOOTH, John. *et al.* Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. **Musculoskeletal Care**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 413-421, dez. 2017.

BORMUTH, John R. Cloze test readability: criterion reference scores. **Journal of Educational Measurement**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 189-196, set. 1968.

BUCHBINDER, Rachele. *et al.* Low back pain: a call for action. **The Lancet**, [s. l.], v. 391, n. 10137, p. 2384-2388, jun. 2018.

CARRIÈRE, Junie. *et al.* Recovery expectations can be assessed with single-item measures: findings of a systematic review and meta-analysis on the role of recovery expectations on return-to-work outcomes after musculoskeletal pain conditions. **Pain**. n.164 v.4 p. 190-206, abril de 2023.

CHIAROTTO, Alessandro. *et al.* Core outcome measurement instruments for clinical trials in non-specific low back pain. **Pain**, [s. l.], v. 159, n. 3, p. 418-495, mar. 2018.

CHOU, Roger. *et al.* Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. **Spine**, [s. l.], v. 34, n. 10, p. 1066-1077, mai. 2009.

CHOU, Roger. *et al.* Nonsurgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. **Spine**, [s. l.], v. 34, n. 10 p. 1078-1093, mai. 2009.

COLLOCA, Luana. *et al.* Role of expectations in health. **Current Opinion in Psychiatry**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 149-155, mar. 2011.

COLLOCA, Luana. The placebo effect in pain therapies. **Annu Rev. Pharmacol. Toxicol.**, Maryland, v. 59, p. 191-211, jan. 2019.

CONSTANTINO, Michael J. *et al.* Expectations. **J Clin Psychol**, [s. l.], v. 67, n. 2, p. 184-192, fev. 2011.

CORMIER, Stephanie. *et al.* Biopsychosocial Characteristics of Patients With Chronic Pain Expecting Different Levels of Pain Relief in the Context of Multidisciplinary Treatments. **Clin J Pain**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 11-19, jan 2021.

CORMIER, Stephanie. *et al.* Expectations predict chronic pain treatment outcomes. **Pain**, [s. l.], v. 157, n. 2, p. 329-338, fev. 2016.

CORTINA, Jose M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, [s. l.], v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.

COSTA, Diogo. *et al.* Mini-Cog and Mini-Mental State Examination: agreement in a cross-sectional study with an elderly sample. **Dement Geriatr. Cogn. Disord.**, [s. l.], v. 33, n. 2-3, p. 118-124, jun. 2012.

COSTA, Leonardo. *et al.* Clinimetric Testing Of Three Self-Report Outcome Measures For Low Back Pain Patients In Brazil: Which One Is The Best? **Spine**. [s.22], v. 33, p. 2459–2463. 2008

DAMIEN, Janie. *et al.* Pain modulation: From conditioned pain modulation to placebo and nocebo effects in experimental and clinical pain. **Int. Rev. Neurobiol.**, [s. l.], v. 139, p. 255-296, ago. 2018.

DANCEY, C. *et al.* Statistics without Maths for Psychology. **Pearson Education Limited**, [s. l.], v. 5. 2011.

DE VET, Henrica. *et al.* Measurement in Medicine - A practical guide. New York: U.S.A., **Cambridge University Press**, 2011.

EBRAHIM, Shanil. *et al.* Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. **Journal of Occupational Occupational Rehabilitation**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 240-255, ago. 2014.

EKLUND, Andreas. *et al.* Expectations influence treatment outcomes in patients with low back pain. A secondary analysis of data from a randomized clinical trial. **Eur. J. Pain**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 1378-1389, ago. 2019.

EKMAN, Mattias; JOHNELL, Olof; LIDGREN, Lars. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. **Acta Orthopaedica**, [s. l.], v. 76, n. 2, p. 275–284, 2005.

ENGEL, Connie. *et al.* Impact of two types of expectancy on recovery from total knee replacement surgery (TKR) in adults with osteoarthritis. **Behav. Med.**, [s. l.], v. 30, n. 3, p.113-123, set. 2004.

EPSTEIN, Jonathan; SANTO, Ruth M.; GUILLEMIN, Francis. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 68, n. 4, p. 435-441, abr. 2015.

EVERS, Andrea W. M. *et al.* Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: Expert consensus. **Psychother. Psychosom.**, [s. l.], v. 87, n. 4, p. 204-210, ago. 2018.



ELSMAN, Ellen B. M.; MOKKINK, Lidwine B. *et al.* Systematic review on the measurement properties of diabetes-specific patient-reported outcome measures (PROMs) for measuring physical functioning in people with type 2 diabetes. **BMJ Open Diabetes Res Care**. [s.3] v. 10, p. 002729, jun. 2022.

FAIRBANK, J. C. *et al.* The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. **Physiotherapy**. v. 66, p. 271–273. 1980.

FERKIN, Adam C. *et al.* A Psychometric Evaluation of the Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS) in the Context of a Smoking Cessation Trial. **Nicotine Tob Res**, [s. 1.], v. 24, n. 12, p. 1914-1920, nov. 2022.

FERREIRA-VALENTE, Maria A. *et al.* Validity of four pain intensity rating scales. **Pain**, [s. 1.], v. 152, n. 10, p. 2399- 2404, out. 2011.

FIGUEIREDO, Dalson B. F, *et al.* Visão Além Do Alcance: Uma Introdução À Análise Fatorial. **Opin. Publica**. [s.1] p. 16. 2010

FILHO, Dalson. B. F.; FILHO, José A. S. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Publica**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, jun. 2010.

FINNIS, Damien G. *et al.* Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances. **The Lancet**, [s. 1.], v. 375, n. 9715, p. 686-695, fev. 2010.

FOSTER, Nadine E. *et al.* Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. **The Lancet**, [s. 1.], v. 391, n. 10137, p. 2368-2383, jun. 2018.

GEORGE, Steven Z. *et al.* Interventions for the management of acute and chronic low back pain: Revision 2021. **Journal of Orthop. Sports Phys. Ther.**, [s. 1.], v. 51, n. 11, p. 1-60, out. 2021.

GLOBAL BURDEN OF DISEASES. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis

of the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet Rheumatology**, [s. l.], v. 5, n. 6, p. 316-329, jun. 2023.

GLOBAL HEALTH METRICS (ORG.). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, [s. l.], Seattle, v. 392, n. 10159, p. 1789-1858, nov. 2018.

GROSS, Douglas P.; BATTIE, Michele C. Work-Related Recovery Expectations and the Prognosis of Chronic Low Back Pain Within a Workers' Compensation Setting. **J. Occup. Environ. Med.**, [s. l.], v. 47, n. 4, p. 428–433, abr. 2005.

HARTVIGSEN, Jan. *et al.* What low back pain is and why we need to pay attention. **The Lancet**, [s. l.], v. 391, n. 10137, p. 2356-2367, jun. 2018.

HAYDEN, Jill A. *et al.* Individual recovery expectations and prognosis of outcomes in non-specific low back pain: prognostic factor review. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 11, p. 1-126, nov. 2019.

HAZARD, Rowland G. *et al.* Patient-centered evaluation of outcomes from rehabilitation for chronic disabling spinal disorders: The impact of personal goal achievement on patient satisfaction. **The Spine Journal**, [s. l.], v. 12, n. 12, p. 1132–1137, dez. 2012.

HERDMAN, M.; *et al.* A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. **Qual. of Life Res.**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 323-335, mai. 1998.

HOY, Damian. *et al.* A systematic review of the global prevalence of low back pain. **Arthritis Rheum.**, [s. l.], v. 64, n. 6, p. 2028-2037, jun. 2012.

IACOBUCCI, Dawn. Everything you always wanted to know about SEM (structural equations modeling) but were afraid to ask. **Journal of Consumer Psychology**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 673-680, out. 2009.

ILES, Ross A. *et al.* Systematic review of the ability of recovery expectations to predict outcomes in non-chronic non-specific low back pain. **Journal of Occupational Rehabilitation**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 25–40, mar. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2019. IBGE, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/17270-pnad-continua.html?edicao=29652>>. Acesso em: 15 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2010.

JONES, Salene M. W. *et al.* Development and validation of the EXPECT questionnaire: Assessing patient expectations of outcomes of complementary and alternative medicine treatments for chronic pain. **The Journal of Altern. and Complement Med.**, [s. l.], v. 22, n. 11, p. 936–946, nov. 2016.

KAMPER, Steven J. *et al.* Do recovery expectations change over time? **European Spine Journal**. [s. l.], v. 24, n. 2, p. 218-226, jun. 2014.

KIRSCH, Irving. Response expectancy as a determinant of experience and behavior. **American Psychologist**, [s. l.], v. 40, n. 11, p. 1189–1202, 1985.

KONGSTED, Alice. *et al.* Expectation of recovery from low back pain: a longitudinal cohort study investigating patient characteristics related to expectations and the association between expectations and 3-month outcome. **Spine**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 81-90, jan. 2014.

KROENKE, Kurt. *et al.* Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 146, n. 5, p. 317-325, mar. 2007.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 606- 613, set. 2001.

LAFERTON, Johannes A. C. *et al.* Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment. **Front Psychol**, [s. l.], v. 8, n. 233, p. 1-12, fev. 2017.

MAHER, C. G.; LATIMER, J.; COSTA, L. O. P. The relevance of cross- cultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 245-252, jul./ago. 2007.

MOKKINK, Lidwine B. *et al.* Methodology for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). [s. l.]: [s. n.], 2018.

MONDLOCH, Michael V. *et al.* Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. **Canadian Medical Association**, [s. l.], v. 165, n. 2, p. 174-179, jul. 2001.

MONTORI, Victor M.; *et al.* The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. **JAMA**, [s. l.], v. 310, n. 23, p. 2503-2504, dez. 2013.

MORENO, André L. *et al.* Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas em Psicologia**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 367-376, 2016.

MUTUBUKI, E. N. *et al.* The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 275 – 287, set. 2019.

MYERS, Samuel S. *et al.* Patient Expectations as Predictors of Outcome In Patients with Acute Low Back Pain. **Journal of Gen. Intern. Med.**, v. 23, n. 2, p. 148–153, dez. 2007.

NICHOLAS, Michael K. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. **European Journal of Pain**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 153-163, fev. 2007.

NICHOLAS, Michael K. Self-Efficacy And Chronic Pain. **Annual Conference of the British Psychological Society** St. Andrews, Scotland. 1989.

O'KEEFFE, Mary. *et. al.* Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: A multicentre randomised controlled trial (RCT). **Br J Sports Med.**, [s. l.], v. 54, n. 13, p. 782-789, jul. 2020.

OPSOMMER, Emmanuelle. *et. al.* The predictive value of subsets of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire for return to work in chronic low back pain. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, [s. l.], v. 53, n. 3, p. 359-365, jun. 2017.

ORFALE AG. *et. al.* Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 293-302, fev. 2005.

OSÓRIO, Flávia de L. *et. al.* Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 216-227, jun. 2009.

OSTELO, Raymond W. J. G. *et al.* Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal importante change. **Spine**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 90-94, jan. 2008.

PAGE, Gabrielle M. *et. al.* Development and validation of the Treatment Expectations in Chronic Pain Scale. **British Journal of Health Psychol**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 610-662, abr. 2019.

PENGEL, Liset H. M. *et. al.* Acute low back pain: Systematic review of its prognosis. **The BMJ**, [s. l.], v. 327, n. 7410, p. 327- 323, ago. 2003.

PETRESCU, Maria. Marketing research using single-item indicators in structural equation models. **Journal of Marketing Analytics**, v. 1, p. 99–117, ago. 2013.

PRINSEN, Cecilia A. C. *et al.* How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" - A practical guideline. **Trials**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1-10, set. 2016.

QASEEM, Amir. *et al.* Non invasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. **Ann Intern Med.**, [s. l.], v. 166, n. 7, p. 514-530, abr. 2017.

RAICEK, Jacqueline E. *et al.* Placebos in 19th century medicine: a quantitative analysis of the BMJ. **The BMJ**, [s. l.], v. 345, p. 1-4, dez. 2012.

RIEF, Winfried. *et al.* Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: results of the randomized controlled PSY-HEART trial. **BMC Med**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 1–13, jan. 2017.

ROSSETTINI, Giacomo. *et al.* Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. **BMC Musculoskeletal Disorders**, [s. l.], v. 19, n. 27, p. 1-15, jan. 2018.

ROSSETTINI, Giacomo. *et al.* Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. **Archives of Physiotherapy**, [s. l.], v. 10, n. 11, p. 1-12, jun. 2020.

ROY, Subhadip. *et al.* The effect of misspecification of reflective and formative constructs in operations and manufacturing management research. **The Electronic Journal of Business Research Methods**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 34-52, jan. 2012.

SARDÁ, Jamir., NICHOLAS, Michael. *et al.* Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: A psychometric analysis. **Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress**. 23(3), 185–190. 2007

SCHEIER, M. F. *et al.* Distinguir otimismo de neuroticismo (e traçar ansiedade, autodomínio e autoestima) - Uma reavaliação do teste de orientação à vida. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 67, n. 1, p. 1063-1078, jul. 1994.

SCHEMER, Lea. *et al.* Treatment Expectations Towards Different Pain Management Approaches: Two perspectives. **J Pain Res**, [s. l.], v. 13, p. 1725-1736, jul. 2020.

SCHERMELLEH-ENGEL, Karin. *et al.* Evaluating the fit of structural equation models: test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. **Methods of Psychological Research Online**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 23-74, 2003.

SHEDDEN, Mora. *et al.* The Treatment Expectation Questionnaire (TEX-Q): Validation of a generic multidimensional scale measuring patients' treatment expectations. **PLoS One**. 23;18(1):e0280472. Jan 2023

SHMAGEL, Anna. *et al.* Epidemiology of Chronic Low Back Pain in US Adults: Data From the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey. **Arthritis Care Res.**, [s. l.], v. 68, n. 11, p. 1688-1694, nov. 2016.

SIJTSMA, Klaas. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. **Psychometrika**, [s. l.], v. 74, n. 1, p. 107-120, mar. 2009.

SPITZER, Robert L. *et al.* A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, mai. 2006.

SPITZER, Robert L. *et al.* Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. **Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v. 282, n. 18, p. 1737-1744, nov. 1999.

SRINIVASA, Raja N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **PAIN**, [s. l.], v. 161, n. 9, p. 1976-1982, set. 2020.

STANISŁAWSKA, Iwona. *et al.* Epidemiological Aspects of Low Back Pain. **Adv Exp Med Biol.**, [s. l.], v. 1176, p. 47-52, mai. 2019.

TERWEE, Caroline B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 34-42, jan. 2007.

VIGATTO, Ricardo. *et al.* Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity. **Spine**, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 481-486. 2007.

WEIR, Joseph P. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. **Journal of Strength Conditioning Research**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 231-40, fev. 2005.

YOUNGER, Jarred. *et. al.* Development of the Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS): A tool for measuring patient outcome expectancy in clinical trials. **Clinical Trials**, [s. l.], v. 9, n. 6, p. 767–776, dez. 2012.



## ANEXO I - Aprovação Comitê de Ética



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

Ofício nº 06/21-CEP/CSE-FMRP-USP

Ribeirão Preto 19 de julho de 2021.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e aprovado “ad referendum” do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no dia 1º de dezembro de 2020.

CAAE: 37210520.6.0000.5414

Projeto de pesquisa: “VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE DUAS ESCALAS DE EXPECTATIVAS PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO”.

Pesquisadora: Thais Cristina Chaves

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Laércio Joel Franco'.

Prof. Dr. Laércio Joel Franco  
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

## ANEXO II - Autorização dos Autores

### *Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC)*

Dear Dr. Pagé

I am a researcher living in Brazil and I am interested in running studies on chronic pain and the impact of treatment expectancy on treatment outcomes.

I've read your paper <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30989756/> and I am interested to translate the TEC scale into Brazilian Portuguese.

In this way, I would like to request permission (as recommended by guidelines) and invite you to collaborate on the project.

Let us know your thoughts,

Looking forward to hearing from you!

Best Regards

Dr. Chaves

Prof. Thais Cristina Chaves - Ribeirão Preto School of Medicine - University of São Paulo - Dep. of Health Sciences

Graduate Program on Rehabilitation and Functional Performance - <http://pgpdf.fmrp.usp.br/docentes/orientadores>

Postdoctoral Fellow - Body in Mind Laboratory - University of South Australia

Resumé - <http://lattes.cnpq.br/6332531515678207>

Research leader - Research Laboratory on Movement and Pain (LabMovePain) - [www.labmovdor.com.br](http://www.labmovdor.com.br)

Em seg., 10 de ago. de 2020 às 11:25, Pagé Gabrielle <[gabrielle.page@umontreal.ca](mailto:gabrielle.page@umontreal.ca)> escreveu:

Dear Dr. Chaves,

Sorry for the delayed response. I was away on vacation with no email access.

Yes, you can translate the TEC but please follow recommended guidelines for the translation (such as Beaton 2010).

Let me know how I can help with this process.

Kind regards,

Gabrielle

Gabrielle Pagé, PhD

Professeur sous octroi adjoint, Département d'anesthésiologie et médecine de la douleur

Faculté de Médecine, Université de Montréal

Chercheur régulier, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

Tour Saint-Antoine, bureau S01-122

850 rue St-Denis

Montreal, QC, H2X 0A9

Tél : (514) 890-8000 poste 31601

*Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS)*

29/07/2020 E-mail de Universidade de São Paulo - Permission to run the cross cultural adaptation of the Stanford Expectation of Treatment Scale into Brazili...



Thais Cristina Chaves <chavestc@fmrp.usp.br>

**Permission to run the cross cultural adaptation of the Stanford Expectation of Treatment Scale into Brazilian Portuguese**

4 mensagens

Thais Cristina Chaves <chavestc@fmrp.usp.br>  
Para: younger@uab.edu

17 de abril de 2019 11:26

Dear Dr Younger

I am researcher in Brazil and very interested to test pain education programs in chronic Pain. In fact, we are running several studies on this topic.

I've read your paper published at Clinical Trials and I am interested to translate The Stanford Expectation of Treatment Scale into Brazilian Portuguese and apply it to pain and community samples.

Younger J, Gandhi V, Hubbard E, Mackey S. Development of the Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS): a tool for measuring patient outcome expectancy in clinical trials. Clin Trials. 2012 Dec;9(6):767-76.

In this way, I would like to request permission (as recommended by guidelines) and invite you to collaborate on the project.

Let us know your thoughts,  
Looking forward to hearing from you!  
Cheers  
Dr. Chaves

Prof. Thais Cristina Chaves - Ribeirão Preto School of Medicine - University of São Paulo - Dep. of Health Sciences  
Graduate Program on Rehabilitation and Functional Performance - <http://ppgrdf.fmrp.usp.br/docentes/orientadores>  
Postdoctoral Fellow - Body in Mind Laboratory - University of South Australia  
Resumé - <http://latites.cnpq.br/8332531515878207>  
Research leader - Research Laboratory on Movement and Pain (LabMovePain) - [www.labmovdor.com.br](http://www.labmovdor.com.br)

Younger, Jarred W <younger@uab.edu>  
Para: Thais Cristina Chaves <chavestc@fmrp.usp.br>

18 de abril de 2019 12:42

Hi Dr. Chaves,

You can translate the questionnaire and use it any research. I have attached it to this email. All you need to do is cite the original paper on any publication using it. If you want more info on using the SETS, let me know.

I am happy to collaborate if I can be helpful, but it isn't at all necessary. You are free to use the SETS without including us as collaborators/authors. Good luck with your projects!

Thanks,

Jarred

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=bdb590868&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-8447916003378195785&dsqt=1&siml=msg-a%3Ar-228033...> 1/7

### ANEXO III - Treatment Expectations In Chronic Pain Scale (TEC)

The following questions are about your expectations of the treatment you will receive for your chronic pain. For each question, please check the box that best corresponds to

(a) what you ideally hope will happen (in an ideal world, what would you want to happen) during your health care appointment(s) and

(b) what you realistically expect will happen (in real life, what do you expect will actually happen) during your health care appointment).

For each item, patients are asked to select the extent to which they agree with the statement on a 5-point scale (1 = strongly disagree, to 5 = strongly agree) in terms of their ideal and predicted expectations.

	<b>Ideally, what do you hope will happen...</b>	<b>Realistically, what do you expect to happen...</b>
1. My <b>pain</b> will be significantly <b>reduced</b>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. I will be able to do <b>routine activities</b> (cooking, cleaning, self-hygiene) better	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. I will learn the <b>reason for my pain</b>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. I will receive a clear <b>pain treatment plan</b>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. I will learn about <b>ways I can manage</b> my pain condition	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. I will <b>learn more</b> about my <b>pain condition</b>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. My <b>mood</b> will significantly <b>improve</b>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. The pain specialist will <b>understand my situation</b> and all its challenges	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. My <b>sleep</b> will significantly <b>improve</b>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

## ANEXO IV - Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS)

### Pre-Treatment Assessment Form

Gender:            Age:            Today's Date:    /    /                            Participant #:

Instructions: The following questions are about a treatment you will soon receive. We want to know how you think you will respond to that treatment. Please indicate how much you agree with each statement by filling in the appropriate circle. For example, if you strongly disagree with a statement, fill in the circle on the far left. If you strongly agree with a statement, fill in the circle on the far right.

Your answers will be kept confidential, and will not be seen by the clinicians involved in your treatment. Your responses to these questions will not affect the treatment you receive in any way. We realize it may be difficult for you to guess how you will respond to a new treatment. If you are unsure about any statement, please give the best guess you can. There are no right or wrong answers.

	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neither Agree Nor Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
1. This treatment will be completely effective	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I am worried about my treatment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. My condition will be completely resolved after treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I have fears about this treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I have complete confidence in this treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I am nervous about the negative effects of this treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.        What treatment are you going to receive?

8.        What specific benefits (if any) do you expect to receive from this treatment?

---

9. What specific harms or negative side-effects (if any) do you think may occur because of this treatment?

---

10. Have you ever received this treatment before?  Yes  No

## ANEXO V - Síntese das Traduções Versão T12.

### Escala de Expectativa no Tratamento da dor Crônica (TEC-Br)

As questões a seguir são sobre as suas expectativas do tratamento que você irá receber para sua dor crônica. Para cada questão, por favor, escolha a opção (número) que melhor represente:

(a) o que você considera que seria o ideal (em um mundo ideal, o que você gostaria que acontecesse) durante sua(s) consultas e no tratamento.

(b) o que você realmente espera que aconteça (na vida real, o que você espera que vá acontecer de fato) durante a sua(s) consultas e no tratamento;

Para cada item, solicita-se aos pacientes/participantes que escolham o quanto concordam com a sentença em uma escala de 5 pontos (1 = discordo totalmente, até 5= concordo totalmente) em termos das suas expectativas ideais e realistas.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem concordo e nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	
						Considerando <b>condições ideais</b> , o que você espera que irá acontecer.... Considerando <b>condições reais</b> , o que você espera que irá acontecer...
1. Minha <b>dor</b> irá <b>reduzir</b> significativamente.	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
2. Eu serei capaz de realizar <b>atividades diárias</b> (cozinhar, limpar e realizar minha higiene pessoal) melhor.	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
3. Eu vou aprender sobre o <b>motivo da minha dor</b> .	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
4. Eu vou receber <b>um plano de tratamento</b> claro para <b>minha dor</b>	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
5. Eu vou aprender <b>maneiras de lidar</b> com minha condição de dor.	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
6. Eu vou <b>aprender mais</b> sobre a minha <b>condição de dor</b> .	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
7. Meu <b>humor</b> vai <b>melhorar</b> significativamente.	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
8. O especialista em dor irá <b>entender minha situação</b> e todas as minhas dificuldades.	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5
9. Meu <b>sono</b> vai <b>melhorar</b> significativamente.	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5

## ANEXO VI - Síntese das Traduções Versão T12.

### Escala Stanford de Expectativa ao Tratamento (SETS-Br)

#### Formulário de Avaliação Pré-Tratamento

Instruções: As questões a seguir são sobre o tratamento que você receberá em breve. Queremos saber como você acha que irá responder ao tratamento. Por favor, indique o quanto você concorda com cada sentença, preenchendo o círculo mais apropriado. Por exemplo, se você discorda totalmente da colocação, preencha o círculo da extrema esquerda. Se você concorda totalmente com a colocação, preencha o círculo da extrema direita.

Suas respostas serão mantidas em segredo, e não serão visualizadas pelos profissionais envolvidos no seu tratamento.

Suas respostas a essas perguntas não afetarão de forma alguma o tratamento que você receberá. Nós entendemos que possa ser difícil supor (imaginar) como você responderá a um novo tratamento. Se você não tiver certeza sobre alguma afirmação, dê o melhor palpite que puder. Não existem respostas certas ou erradas.

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Discordo Levemente	Nem concordo, nem discordo	Concordo levemente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1. Este tratamento será completamente eficaz.							
2. Eu estou preocupado(a) com meu tratamento.							
3. Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.							
4. Eu tenho medos em relação a este tratamento.							
5. Eu tenho confiança total neste tratamento.							



6. Eu estou preocupado(a) com os efeitos negativos deste tratamento							
7. Qual tratamento você vai receber?							
8. Quais são os benefícios específicos (se houver) que você espera receber deste tratamento?							
9. Quais os danos específicos ou efeitos colaterais negativos (se houver) que você acha que poderá acontecer devido a este tratamento?							
10. Você já recebeu este tratamento antes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						

## ANEXO VII - Versão Final

### Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica (TEC-Br)

As questões a seguir são sobre as suas expectativas do tratamento que você irá receber para sua dor crônica. Para cada questão, por favor, escolha a opção (número) que melhor represente:

(a) o que você considera que seria o **ideal** (em um mundo ideal, o que você gostaria que acontecesse) durante sua(s) consulta(s) e no tratamento;

(b) O que você **realmente** espera que vai acontecer (na vida real, o que você espera que de fato aconteça) durante a sua(s) consulta(s) e no tratamento.

Para cada item, solicita-se aos pacientes/participantes que escolham o quanto concordam com a sentença em uma escala de 5 pontos (1 = discordo totalmente, até 5= concordo totalmente) em termos das suas expectativas ideais e realistas.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

		Considerando as condições ideais, o que você gostaria que acontecesse....		Considerando as condições reais, o que você espera que vai acontecer...	
1. Minha <b>dor</b> vai <b>reduzir</b> consideravelmente.	1	2	3	4	5
2. Eu serei capaz de realizar <b>atividades diárias</b> (ex: cozinhar, limpar, realizar minha higiene pessoal) melhor.	1	2	3	4	5
3. Eu vou aprender sobre o <b>motivo da minha dor</b> .	1	2	3	4	5
4. Eu vou receber um <b>plano de tratamento</b> para <b>dor</b> que seja claro.	1	2	3	4	5
5. Eu vou aprender <b>maneiras de lidar</b> com minha condição de dor.	1	2	3	4	5
6. Eu vou <b>aprender mais</b> sobre a minha <b>condição de dor</b> .	1	2	3	4	5
7. Meu <b>humor</b> vai <b>melhorar</b> consideravelmente.	1	2	3	4	5

---

8. O especialista em dor vai <b>entender minha situação</b> e todas as minhas dificuldades.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Meu <b>sono</b> vai <b>melhorar</b> consideravelmente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

---

**ANEXO VIII - Versão Final**  
**Escala Stanford De Expectativa De Tratamento (SETS-Br)**

**Formulário de Avaliação Pré-Tratamento**

Instruções: As questões a seguir são sobre o tratamento que você receberá em breve. Queremos saber como você acha que vai responder ao tratamento.

Por favor, indique o quanto você concorda com cada sentença, preenchendo o círculo mais apropriado. Por exemplo, se você discorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à esquerda. Se você concorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à direita.

Suas respostas serão mantidas em sigilo e apenas os profissionais diretamente envolvidos com seu tratamento terão acesso às suas respostas. Suas respostas a essas perguntas não determinarão se você receberá o tratamento, mas podem ajudar os profissionais a decidir o melhor tratamento para você. Se você não tiver certeza sobre alguma afirmação, dê o melhor palpite que puder. Não existem respostas certas ou erradas

	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo Parcialmente</b>	<b>Discordo Levemente</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Concordo levemente</b>	<b>Concordo Parcialmente</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
1. Este tratamento será completamente eficaz.							
2. Eu estou preocupado(a) com meu tratamento.							
3. Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.							
4. Eu tenho medos (receios) em relação a este tratamento.							
5. Eu confio totalmente neste tratamento.							

6. Eu estou preocupado(a) com os possíveis efeitos negativos deste tratamento.							
7. Qual tratamento você vai receber?							
8. Quais são os benefícios específicos (se houver) que você espera receber deste tratamento?							
9. Quais os danos específicos ou efeitos colaterais negativos (se houver) que você acha que poderá acontecer devido a este tratamento?							
10. Você já recebeu este tratamento antes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						

## ANEXO IX - Teste de Cloze

O texto a seguir terá alguns espaços em branco. Complete os espaços com as palavras que estão fora de ordem na caixa abaixo e que você acredita que sejam as mais adequadas.

**O – ERA – DO – AMOR – CAIXINHA – MISTERIOSO – FICOU  
PRINCESA – DE – LÁ – ELA – QUE – E – A – UM**

### A PRINCESA E O FANTASMA

*Acácia A. Angeli dos Santos*

Era uma vez uma princesa que vivia muito infeliz em seu palácio. Ela era apaixonada por \_\_\_\_\_ fantasma que vivia escondido \_\_\_\_\_.

Um dia chegou um \_\_\_\_\_ estrangeiro e disse à \_\_\_\_\_ que o seu fantasma \_\_\_\_\_ um príncipe enfeitiçado.

A \_\_\_\_\_ suspirou de alívio e \_\_\_\_\_ pensando em uma maneira \_\_\_\_\_ tirar aquele feitiço. Achou \_\_\_\_\_ se o fantasma soubesse \_\_\_\_\_ seu amor por ele, \_\_\_\_\_ feitiço desapareceria.

Acreditando nisso, \_\_\_\_\_ princesa armou um plano \_\_\_\_\_ prendeu o fantasma numa \_\_\_\_\_ de música. Declarou seu \_\_\_\_\_ a ele e, ao abrir a caixinha, o som da música se transformou num príncipe maravilhoso.

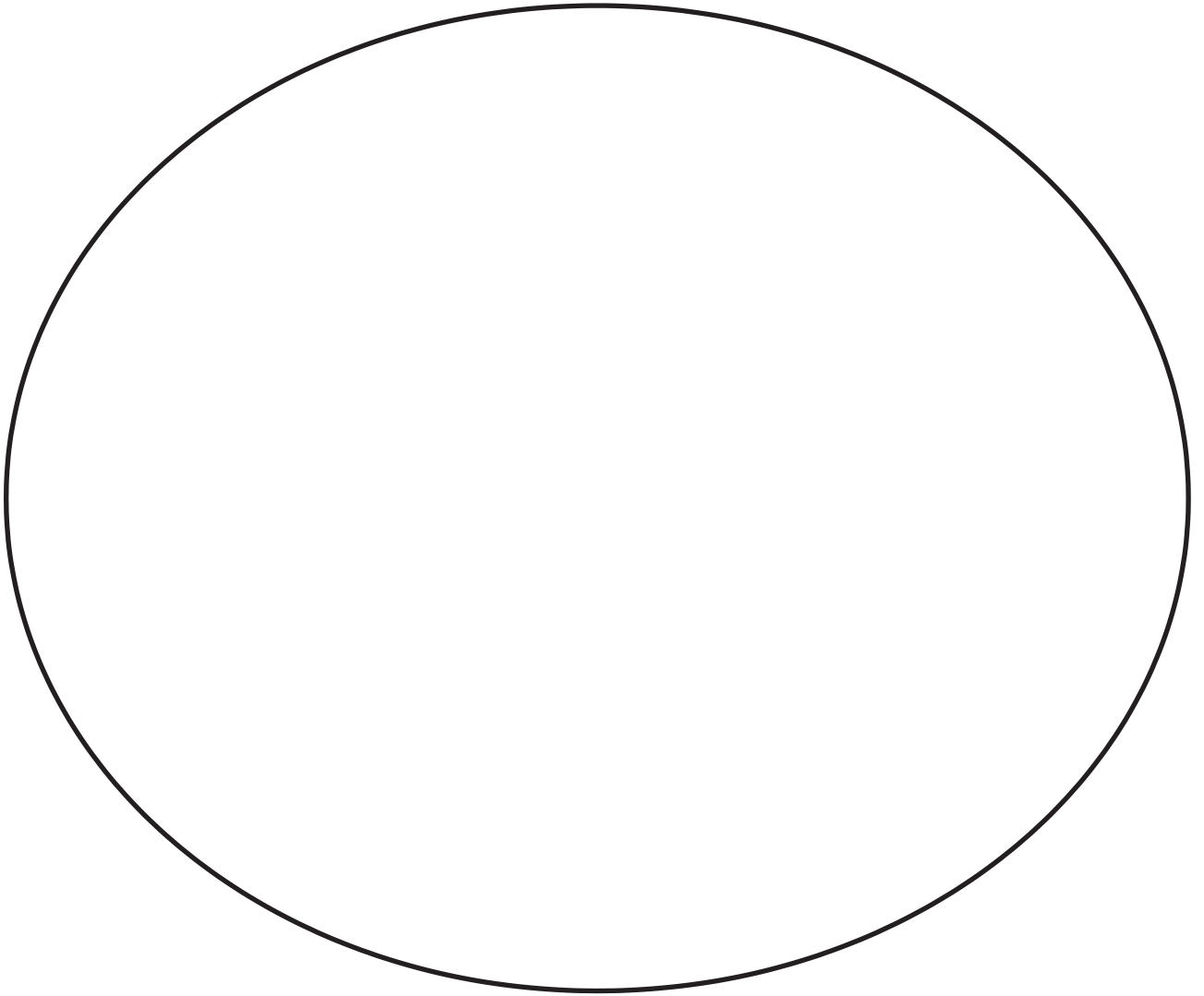
## ANEXO X - Avaliação Cognitiva Teste Mini-Cog

Nome:

Data:

ADMINISTRAÇÃO	INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS																																												
<p>1. Obter a atenção do doente. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir três tentativas ao doente e em seguida ir para o próximo item.</li> <li>• As seguintes listas de palavras foram validadas num estudo clínico: 1–3</li> </ul> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 25%;"><b>Versão 1</b></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="text-align: center; width: 25%;"><b>Versão 3</b></td> <td style="text-align: center; width: 25%;"><b>Versão 5</b></td> </tr> <tr> <td>• Banana</td> <td></td> <td>• Vila</td> <td>•</td> </tr> <tr> <td>Capitão</td> <td></td> <td>• Cozinha</td> <td>•</td> </tr> <tr> <td>• Nascer do sol</td> <td></td> <td>• Jardim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Cadeira</td> <td></td> <td>• Bebê</td> <td>•</td> </tr> <tr> <td>Fotografia</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Versão 2</b></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>Versão 4</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Versão 6</b></td> </tr> <tr> <td>• Filha</td> <td></td> <td>• Rio</td> <td>• Líder</td> </tr> <tr> <td>• Paraíso</td> <td></td> <td>• Nação</td> <td>•</td> </tr> <tr> <td>Estação do ano</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Montanha</td> <td></td> <td>• Dedo</td> <td>• Mesa</td> </tr> </table>	<b>Versão 1</b>		<b>Versão 3</b>	<b>Versão 5</b>	• Banana		• Vila	•	Capitão		• Cozinha	•	• Nascer do sol		• Jardim		• Cadeira		• Bebê	•	Fotografia				<b>Versão 2</b>		<b>Versão 4</b>	<b>Versão 6</b>	• Filha		• Rio	• Líder	• Paraíso		• Nação	•	Estação do ano				• Montanha		• Dedo	• Mesa
<b>Versão 1</b>		<b>Versão 3</b>	<b>Versão 5</b>																																										
• Banana		• Vila	•																																										
Capitão		• Cozinha	•																																										
• Nascer do sol		• Jardim																																											
• Cadeira		• Bebê	•																																										
Fotografia																																													
<b>Versão 2</b>		<b>Versão 4</b>	<b>Versão 6</b>																																										
• Filha		• Rio	• Líder																																										
• Paraíso		• Nação	•																																										
Estação do ano																																													
• Montanha		• Dedo	• Mesa																																										
<p>2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser usada uma folha de papel em branco ou um círculo pré-impreso no verso.</li> <li>• A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2 (ou o 4 e 8).</li> <li>• Estes dois horários específicos são mais sensíveis que outros.</li> <li>• Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o doente.</li> <li>• Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal.</li> <li>• Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao fim de três minutos.</li> </ul>																																												
<p>3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras do passo 1.</p>	<p>Pedir ao doente para recordar-se das três palavras que lhe apontamos no passo 1.</p>																																												

**Mini Cog- Teste do Relógio**







**ANEXO XII - Incapacidade Relacionada à Dor Lombar de Oswestry  
Disability Index (ODI)**

Por favor, responda esse questionário. Ele foi desenvolvido para dar-nos informações sobre como seu problema nas costas ou pernas tem afetado a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. Por favor, responda a todas as seções. Assinale em cada uma delas apenas a resposta que mais claramente descreve a sua condição no dia de hoje.

**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.
	Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
	Necessito 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 levantá-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 tem restringido minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
	A dor tem restringido minha vida social ao meu lar.

	Não tenho vida social por causa da dor.
--	---

**Seção 10 – Locomoção (ônibus/carro/taxi)**

	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 XIII – Escala Ansiedade Generalizada – GAD-7

GAD-7				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com “✓”)	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T\_\_\_\_ = \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_)

**ANEXO XIV – Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9 (PHQ-9)**

<i>Durante as última 2 semanas, com que frequência você foi incomodado por qualquer um dos problemas abaixo?</i>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto –estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

### ANEXO XV – Questionário de Autoeficácia sobre Dor (PSEQ)

Por favor, indique o quanto confiante você está neste momento em poder fazer as seguintes coisas apesar da sua dor. Para indicar sua resposta, circule um número em cada questão, considerando que (0) indica nem um pouco confiante e (6) completamente confiante.

Por exemplo:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nem um  
pouco  
confiante

Completa-  
mente  
confiante

Lembre-se, este questionário não está perguntando se você tem feito estas coisas ou não. Mas sim o quanto confiante você se sente em poder fazê-las neste momento, apesar da sua dor.

1. Posso aproveitar as coisas apesar da dor.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nem um  
pouco  
confiante

Completa-  
mente  
confiante

2. Posso fazer a maior parte das minhas tarefas domésticas (ex: Lavar a louça, arrumar a casa, lavar o carro....) apesar da dor.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nem um  
pouco  
confiante

Completa-  
mente  
confiante

3. Continuo encontrando meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes apesar da dor.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nem um  
pouco  
confiante

Completa-  
mente  
confiante

4. Posso lidar com a dor na maior parte das situações.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nem um  
pouco  
confiante

Completa-  
mente  
confiante



5. Posso fazer alguns trabalhos apesar da minha dor (ex: trabalhos de casa e emprego remunerado ou não).

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

6. Posso fazer muitas coisas que aprecio apesar da dor (ex: lazer, artesanato, esporte....).

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

7. Posso lidar com a dor sem usar remédios.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

8. Posso alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

9. Apesar da dor posso viver uma vida normal.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

10. Posso aos poucos me tornar mais ativo apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

### ANEXO XVI - Teste de Orientação da Vida (TOV-R)

Instruções: marque com um X as questões abaixo a respeito de você, indicando o seu grau de acordo, segundo a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
0	1	2	3	4

Seja o(a) mais sincero(a) possível e procure não deixar sua resposta a uma questão influenciar suas respostas às outras questões. Não há respostas certas nem erradas.

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor	0	1	2	3	4
2. É fácil para mim relaxar.	0	1	2	3	4
3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer.	0	1	2	3	4
4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro.	0	1	2	3	4
5. Eu gosto muito da companhia de meus amigos e amigas.	0	1	2	3	4
6. É importante para mim manter-me em atividade.	0	1	2	3	4
7. Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria.	0	1	2	3	4
8. Eu não me zango facilmente.	0	1	2	3	4
9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo.	0	1	2	3	4
10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas ruins.	0	1	2	3	4

## APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pré-Teste

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Thais Cristina Chaves ([chavestc@fmrp.usp.br](mailto:chavestc@fmrp.usp.br)) Fone: (16) 33154418; Beatriz Oliveira Azevedo ([beaazevedo89@gmail.com](mailto:beaazevedo89@gmail.com)) Fone: (14) 99772-8799

### VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE DUAS ESCALAS DE EXPECTATIVAS PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

**Esclarecimento Geral** - Este estudo será realizado para disponibilizar uma versão em português de dois questionários que avaliam a expectativa sobre o tratamento em pacientes com dor lombar crônica. A escala TEC contém 9 itens e a escala SETS contém 10 itens (6 fechados e 4 abertos para respostas descritivas). O trabalho foi devidamente aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa.

**Objetivo do Estudo** - Disponibilizar no português duas escalas para identificar as expectativas em pacientes com dor lombar crônica.

**Explicação dos Procedimentos da Pesquisa** - Um pesquisador responsável irá aplicar as escalas para avaliar e quantificar as expectativas dos pacientes sobre o tratamento que será oferecido. Além da TEC e SETS o voluntário responderá alguns questionários para sua avaliação cognitiva, escala de dor e compreensão de leitura. Essa etapa durará, em média, 30 minutos.

**Possíveis Benefícios** - Os dados obtidos pelos pesquisadores auxiliarão no maior conhecimento a respeito das expectativas que os pacientes têm sobre o tratamento que será oferecido, assim um maior conhecimento nos auxiliará e direcionará para escolha de uma melhor terapia futura, para se obter melhora das dores lombar crônica.

**Desconforto e risco** - Existe um risco mínimo nessa pesquisa relacionado ao sigilo de identidade, entretanto todas as informações colhidas serão mantidas em sigilo assim como a identidade através da adoção de senhas em arquivos e numeração dos dados nas planilhas.

**Seguro de Saúde ou de Vida** - Não existe nenhum tipo de seguro de saúde ou de vida que possa beneficiar os voluntários em função da participação neste estudo.

**Liberdade de Participação** - A participação neste estudo depende plenamente da autorização dos voluntários, sendo de direito deixar de participar deste estudo em qualquer momento sem que isso incorra em qualquer penalidade ou prejuízo aos mesmos. Não haverá nenhum gasto adicional devido à participação nesse projeto.

**Sigilo de Identidade** - As informações obtidas nesta pesquisa não serão de maneira alguma associadas à identidade dos participantes e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem autorização oficial. Estas informações poderão ser utilizadas para fins científicos, desde que fiquem resguardadas a privacidade e anonimato dos participantes da pesquisa.

Eventuais dúvidas sobre os aspectos éticos relacionados a essa pesquisa devem ser elucidados junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola "Drº Joel Domingos Machado" - Sumarezinho - Ribeirão preto/ SP. Telefone: (16) 3315-0009.

*Os responsáveis pelo estudo me explicaram todos os riscos envolvidos, a necessidade da pesquisa e se prontificaram a responder todas as minhas dúvidas antes e durante a pesquisa. Eu aceitei participar neste estudo de livre e espontânea vontade. Entendo que é meu direito manter uma via deste consentimento assinado e rubricado.*

Eu, \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_, declaro que tenho \_\_\_\_\_ anos de idade.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura Pesquisador Responsável

Assinatura do Voluntário

## APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Thais Cristina Chaves ([chavestc@fmrp.usp.br](mailto:chavestc@fmrp.usp.br)) Fone: (16) 33154418; Beatriz Oliveira Azevedo 60 ([beaazevedo89@gmail.com](mailto:beaazevedo89@gmail.com)) Fone: (14) 99772-8799

### VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE DUAS ESCALAS DE EXPECTATIVAS PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

**Esclarecimento Geral** - Este estudo será realizado para disponibilizar uma versão em português de dois questionários que avaliam a expectativa sobre o tratamento em pacientes com dor lombar crônica. A escala TEC contém 9 itens e a escala SETS contém 10 itens (6 fechados e 4 abertos para respostas descritivas). O trabalho foi devidamente aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa.

**Objetivo do Estudo** – Disponibilizar no português duas escalas para identificar as expectativas em pacientes com dor lombar crônica.

**Explicação dos Procedimentos da Pesquisa** – Em uma primeira etapa, um pesquisador responsável irá aplicar a escala para avaliar e quantificar as expectativas, o que o paciente espera sobre o tratamento oferecido. Além da TEC e SETS o voluntário responderá outros instrumentos psicossociais que serão utilizados para verificar a validade do instrumento traduzido. A respostas às escalas que serão aplicadas durará, em média, 40 minutos. Na segunda etapa, após uma semana da avaliação inicial, os participantes serão convidados a responder novamente a 2 escalas (TEC, SETS, 4 perguntas sobre expectativa e a escala de percepção de melhora e dor). Já na terceira etapa, após 1 mês da avaliação inicial, os participantes serão convidados a responder novamente algumas escalas (intensidade de dor e percepção de melhora).

**Possíveis Benefícios** – Os dados obtidos pelos pesquisadores auxiliarão no maior conhecimento a respeito das expectativas que os pacientes têm sobre o tratamento que será oferecido, assim um maior conhecimento nos auxiliará e direcionará para escolha de uma melhor terapia futura, para se obter melhora das dores lombar crônica.

**Desconforto e risco** - Existe um risco mínimo nessa pesquisa relacionado ao sigilo de identidade, entretanto todas as informações colhidas serão mantidas em sigilo assim como a identidade através da adoção de senhas em arquivos e numeração dos dados nas planilhas.

**Seguro de Saúde ou de Vida** - Não existe nenhum tipo de seguro de saúde ou de vida que possa beneficiar os voluntários em função da participação neste estudo.

**Liberdade de Participação** - A participação neste estudo depende plenamente da autorização dos voluntários, sendo de direito deixar de participar deste estudo em qualquer momento sem que isso incorra em qualquer penalidade ou prejuízo aos mesmos. Não haverá nenhum gasto adicional devido à participação nesse projeto.

**Sigilo de Identidade** - As informações obtidas nesta pesquisa não serão, de maneira alguma, associadas à identidade dos participantes e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem autorização oficial. Estas informações poderão ser utilizadas para fins científicos, desde que fiquem resguardadas a privacidade e anonimato dos participantes da pesquisa.

Eventuais dúvidas sobre os aspectos éticos relacionados a essa pesquisa devem ser elucidados junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola "Dr Joel Domingos Machado" - Sumarezinho – Ribeirão preto/ SP. Telefone: (16) 3315-0009.

*Os responsáveis pelo estudo me explicaram todos os riscos envolvidos, a necessidade da pesquisa e se prontificaram a responder todas as minhas dúvidas antes e durante a pesquisa. Eu aceitei participar neste estudo de livre e espontânea vontade. Entendo que é meu direito manter uma via deste consentimento assinado e rubricado.*

Eu, \_\_\_\_\_ portador  
 RG nº: \_\_\_\_\_, declaro que tenho \_\_\_\_\_ anos do

**APÊNDICE III - Documento Reunião de Tradução com Comitê Especialista**  
**Adaptação Transcultural para o Português Brasileiro da Treatment Expectations In**  
**Chronic Pain Scale (Tec-Br)**

**Legenda:****T1:** Tradutor Inglês-Português Especialista**T2:** Tradutor Inglês-Português Leigo**T12:** Síntese das Traduções T1 e T2**Co:** Consenso dos Especialistas**RT1 e RT2:** Retrotradução da versão T12 para o inglês**Co-T:** Consenso das Retrotradução**Obs:** Observações**Título:**

<b>Treatment Expectations in Chronic Pain Scale (TEC)</b>	
T1	Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica (TEC)
T2	Escala sobre Expectativas de Tratamento para Dor Crônica (TEC)
T12	Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica (TEC-Br)
Co	Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica (TEC-Br)
RT1	Expectation Scale in the Treatment of Chronic Pain (TEC-Br)
RT2	Treatment Expectation of Chronic Pain (TEC-Br)
Co-T	Treatment Expectation of Chronic Pain
Obs.	

**Instruções:**

<b>The following questions are about your <u>expectations</u> of the treatment you will receive for your chronic pain. For each question, please check the box that best corresponds to:</b>	
T1	As questões a seguir são sobre as suas <u>expectativas</u> do tratamento que você irá receber para sua dor crônica. Para cada questão, por favor, escolha a opção que melhor represente:
T2	As seguintes perguntas são sobre as suas <u>expectativas</u> quanto ao tratamento que você receberá para dor crônica. Para cada dor, por favor marque o número que melhor corresponde a:
T12	As questões a seguir são sobre as suas <u>expectativas</u> do tratamento que você irá receber para sua dor crônica. Para cada questão, por favor, escolha a opção (número) que melhor represente:

Co	As questões a seguir são sobre as <u>expectativas</u> do tratamento que você irá receber para sua dor crônica. Para cada questão, por favor, escolha a opção (número) que melhor represente:
RT1	The following questions are about your <u>expectations</u> of the treatment you will receive for your chronic pain. For each question, please choose the option (number) that best represents:
RT2	The following questions are about your <u>expectations</u> for the treatment you will receive for your chronic pain. For each question, please choose the option (number) that best represents:
Co-T	The following questions are about your <u>expectations</u> for the treatment you will receive for your chronic pain. For each question, please choose the option (number) that best represents:
Obs.	

**(a) What you ideally hope will happen (in an ideal world, what would you want to happen) during your health care appointment(s) and**

T1	(a) o que você considera que seria o <u>ideal</u> (em um mundo ideal, o que você esperaria que acontecesse) durante sua(s) consultas ou tratamento de saúde;
T2	(a) o que você <u>idealmente</u> espera que acontecerá (em um mundo ideal, o que você gostaria que acontecesse) durante o seu tratamento de saúde e;
T12	(a) o que você considera que seria o <u>ideal</u> (em um mundo ideal, o que você gostaria que acontecesse) durante sua(s) consultas e no tratamento.
Co	(a) o que você considera que seria o <u>ideal</u> (em um mundo ideal, o que você gostaria que acontecesse) durante sua(s) consulta(s) e no tratamento.
RT1	(a) what you think would be <u>ideal</u> (in an ideal world, what you would like to happen) during your consultations and treatment.
RT2	(a) what you consider to be <u>ideal</u> (in an ideal world, what you would like to happen) during your consultation(s) and in treatment.
Co-T	(a) what you consider to be <u>ideal</u> (in an ideal world, what you would like to happen) during your consultation(s) and in treatment.
Obs.	

**(b) What you realistically expect will happen (in real life, what do you expect will actually happen) during your health care appointment).**

T1	(b) o que você <u>realmente</u> espera que aconteça (na vida real, o que você espera que aconteça efetivamente) durante a sua(s) consulta de saúde).
T2	(b) o que você <u>realisticamente</u> espera que acontecerá (na vida real, o que você espera que realmente aconteça) durante o seu tratamento de saúde
T12	(b) o que você <u>realmente</u> espera que aconteça (na vida real, o que você espera que vá acontecer de fato) durante a sua(s) consulta(s) e no tratamento;
Co	O que você realmente espera que vai acontecer (na vida real, o que você espera que de fato aconteça) durante a sua(s) consulta(s) e no tratamento;
RT1	(b) what you <u>really</u> expect to happen (in real life, what you really expect to happen) during your consultations and treatment;
RT2	(b) what you <u>really</u> expect to happen (in real life, what you expect will actually happen) during your consultation(s) and in treatment;

Co-T	(b) what you <u>really</u> expect to happen (in real life, what you expect will actually happen) during your consultation(s) and in treatment;
Obs.	

**For each item, patients are asked to select the extent to which they agree with the statement on a 5-point scale (1 = strongly disagree, to 5 = strongly agree) in terms of their ideal and predicted expectations.**

T1	Para cada item, solicita-se aos pacientes/participantes que escolham o quanto concordam com a sentença em uma escala de 5 pontos (1 = discordo totalmente, até 5= concordo totalmente) em termos da sua expectativa ideal e esperada.
T2	Para cada item, solicita-se que os pacientes selecionem o nível com que concordam com cada afirmação em uma escala de 5 pontos (1 = discordo fortemente, até 5 = concordo fortemente) quanto as suas expectativas realistas e ideais.
T12	Para cada item, solicita-se aos pacientes/participantes que escolham o quanto concordam com a sentença em uma escala de 5 pontos (1 = discordo totalmente, até 5= concordo totalmente) em termos das suas expectativas ideais e realistas.
Co	Para cada item, solicita-se aos pacientes/participantes que escolham o quanto concordam com a sentença em uma escala de 5 pontos (1 = discordo totalmente, até 5= concordo totalmente) em termos das suas expectativas ideais e realistas.
RT1	For each item, patients/participants are asked to choose how much they agree with the sentence on a 5-point scale (1 = strongly disagree, up to 5 = strongly agree) in terms of their ideal and realistic expectations.
RT2	For each item, patients/participants are asked to choose how much they agree with the sentence on a 5-point scale (1 = completely disagree, up to 5= completely agree) in terms of their ideal and realistic expectations.
Co-T	For each item, patients/participants are asked to choose how much they agree with the sentence on a 5-point scale (1 = strongly disagree, up to 5 = strongly agree) in terms of their ideal and realistic expectations.
Obs.	

### Colunas:

<b>Ideally, what do you hope will happen...</b>	
T1	Considerando condições <b>ideais</b> , o que você espera que aconteça....
T2	<b>Idealmente</b> , o que você espera que aconteça...
T12	Considerando as <b>condições ideais</b> , o que você espera que irá acontecer....
Co	Considerando as <b>condições ideais</b> , o que você gostaria que acontecesse....
RT1	Considering <b>ideal conditions</b> , what do you hope will happen....

RT2	Considering <b>ideal conditions</b> , what do you expect will happen....
Co-T	Considering <b>ideal conditions</b> , what do you hope will happen....
Obs.:	

**Realistically, what do you expect to happen...**

T1	Considerando condições <b>reais</b> , o que você espera que aconteça...
T2	<b>Realisticamente</b> , o que você espera que aconteça...
T12	Considerando as <b>condições reais</b> , o que você espera que irá acontecer...
Co	Considerando as <b>condições reais</b> , o que você espera que vai acontecer...
RT1	Considering <b>real conditions</b> , what do you hope will happen...
RT2	Considering <b>real conditions</b> , what do you expect will happen...
Co-T	Considering <b>real conditions</b> , what do you expect will happen...
Obs.:	

**Questões:**

**Q.1 My pain will be significantly reduced:**

T1	Minha <b>dor</b> irá <b>reduzir</b> significativamente.
T2	Minha <b>dor</b> irá <b>diminuir</b> de forma significativa.
T12	Minha <b>dor</b> irá <b>reduzir</b> significativamente.
Co	Minha <b>dor</b> vai <b>reduzir</b> consideravelmente.
RT1	My <b>pain</b> will <b>reduce</b> significantly.
RT2	My <b>pain</b> will significantly <b>reduce</b> .
Co-T	My <b>pain</b> will significantly <b>reduce</b> .
Obs.	

**Q.2 I will be able to do routine activities (cooking, cleaning, self-hygiene) better:**

T1	Eu serei capaz de realizar <b>atividades diárias</b> (cozinhar, limpar e realizar minha higiene pessoal) melhor.
T2	Eu poderei executar <b>atividades de rotina</b> (cozinhar, limpar, fazer a auto higiene) melhor.



T12	Eu serei capaz de realizar <b>atividades diárias</b> (ex: cozinhar, limpar, realizar minha higiene pessoal) melhor.
Co	Eu serei capaz de realizar <b>atividades diárias</b> (ex: cozinhar, limpar, realizar minha higiene pessoal) melhor.
RT1	I will be able to perform <b>daily activities</b> (cooking, cleaning and personal hygiene) better.
RT2	I will be able to better perform <b>daily activities</b> (cooking, cleaning and carrying out my personal hygiene).
Co-T	I will be able to perform <b>daily activities</b> (ex.: cooking, cleaning, personal hygiene) better.
Obs.	

### Q.3 I will learn the reason for my pain:

T1	Eu vou aprender o <b>motivo da minha dor</b> .
T2	Eu aprenderei o <b>motivo da minha dor</b> .
T12	Eu vou aprender sobre o <b>motivo da minha dor</b> .
Co	Eu vou aprender sobre o <b>motivo da minha dor</b> .
RT1	I will learn about the <b>reason for my pain</b> .
RT2	I will learn about the <b>reason for my pain</b> .
Co-T	I will learn about the <b>reason for my pain</b> .
Obs.	

### Q.4 I will receive a clear pain treatment plan:

T1	Eu vou receber um <b>plano de tratamento</b> para <b>dor</b> que seja claro.
T2	Eu receberei um <b>plano de tratamento</b> da <b>dor</b> claro.
T12	Eu vou receber um <b>plano de tratamento</b> claro para <b>minha dor</b> .
Co	Eu vou receber um <b>plano de tratamento</b> para <b>dor</b> que seja claro.
RT1	I will receive a clear <b>treatment plan</b> for <b>my pain</b> .
RT2	I will receive a clear <b>treatment plan</b> for <b>my pain</b>
Co-T	I will receive a clear <b>treatment plan</b> for <b>my pain</b> .
Obs.	

**Q.5 I will learn about ways I can manage my pain condition:**

T1	Eu vou aprender <b>maneiras de lidar</b> com minha condição de dor.
T2	Eu aprenderei <b>formas de gerenciar</b> minha condição dolorosa.
T12	Eu vou aprender <b>maneiras de lidar</b> com minha condição de dor.
Co	Eu vou aprender <b>maneiras de lidar</b> com minha condição de dor.
RT1	I will learn <b>ways to deal</b> with my pain condition.
RT2	I will learn <b>ways to deal</b> with my pain condition.
Co-T	I will learn <b>ways to deal</b> with my pain condition.
Obs	

**Q.6 I will learn more about my pain condition:**

T1	Eu vou <b>aprender mais</b> sobre a <b>condição da</b> minha <b>dor</b> .
T2	Eu <b>aprenderei mais</b> sobre a minha <b>condição dolorosa</b> .
T12	Eu vou <b>aprender mais</b> sobre a minha <b>condição de dor</b> .
Co	Eu vou <b>aprender mais</b> sobre a minha <b>condição de dor</b> .
RT1	I will <b>learn more</b> about my <b>pain condition</b> .
RT2	I will <b>learn more</b> about my <b>pain condition</b> .
Co-T	I will <b>learn more</b> about my <b>pain condition</b> .
Obs.	

**Q.7 My mood will significantly improve:**

T1	Meu <b>humor</b> vai <b>melhorar</b> significativamente.
T2	Meu <b>humor</b> irá <b>melhorar</b> de forma significativa.
T12	Meu <b>humor</b> vai <b>melhorar</b> significativamente.
Co	Meu <b>humor</b> vai <b>melhorar</b> consideravelmente.
RT1	My <b>mood</b> will <b>improve</b> significantly.
RT2	My <b>mood</b> will <b>improve</b> significantly.
Co-T	My <b>mood</b> will <b>improve</b> significantly.
Obs	

**Q.8 The pain specialist will understand my situation and all its challenges:**

T1	O especialista em dor irá <b>entender minha situação</b> e todas as minhas dificuldades.
T2	O especialista em dor <b>entenderá a minha situação</b> e todos os seus desafios.
T12	O especialista em dor irá <b>entender minha situação</b> e todas as minhas dificuldades.
Co	O especialista em dor vai <b>entender minha situação</b> e todas as minhas dificuldades.
RT1	The pain specialist will <b>understand my situation</b> and all my difficulties.
RT2	The pain specialist will <b>understand my situation</b> and all my difficulties.
Co-T	The pain specialist will <b>understand my situation</b> and all my difficulties.
Obs	

**Q.9 My sleep will significantly improve:**

T1	Meu sono vai <b>melhorar</b> muito.
T2	Meu sono irá <b>melhorar</b> de forma significativa.
T12	Meu sono vai <b>melhorar</b> significativamente.
Co	Meu sono vai <b>melhorar</b> consideravelmente.
RT1	My <b>sleep</b> will <b>improve</b> significantly.
RT2	My <b>sleep</b> will <b>improve</b> significantly.
Co-T	My <b>sleep</b> will <b>improve</b> significantly.

**APÊNDICE IV - Documento Reunião de Tradução com Comitê Especialista**

**Adaptação Transcultural para o Português Brasileiro Stanford Expectations Of Treatment Scale (SETS)**

**Legenda:**

**T1:** Tradutor Inglês-Português Especialista

**T2:** Tradutor Inglês-Português Leigo

**T12:** Síntese das Traduções T1 e T2

**Co:** Consenso dos Especialistas

**RT1 e RT2:** Retrotradução da versão T12 para o inglês

**Co-T:** Consenso das Retrotraduções

**Obs:** Observações

**Título:**

**STANFORD EXPECTATIONS OF TREATMENT SCALE (SETS)**

T1	Escala Stanford De Expectativa Ao Tratamento
T2	Escala De Expectativas De Tratamento De Stanford (Sets)
T12	Escala Stanford De Expectativa Ao Tratamento (Sets)
Co	Escala Stanford De Expectativa De Tratamento (Sets-Br)
RT1	Stanford Scale of Expectation To Treatment (Sets-Br)
RT2	Stanford Treatment Expectation Scale (Sets-Br)
Co-T	Stanford Treatment Expectation Scale
Obs.	

**Pre - Treatment Assessment Form**

T1	Formulário de Avaliação Pré-Tratamento
T2	Formulário de Avaliação Pré-Tratamento
T12	Formulário de Avaliação Pré-Tratamento
Co	Formulário de Avaliação Pré-Tratamento
RT1	Pre-Treatment Evaluation Form
RT2	Pre-treatment Evaluation Form
Co-T	Pre-treatment Evaluation Form

Obs.	
<b>Instruções:</b>	
<p><b>Instructions: The following questions are about a treatment you will soon receive. We want to know how you think you will respond to that treatment. Please indicate how much you agree with each statement by filling in the appropriate circle. For example, if you strongly disagree with a statement, fill in the circle on the far left. If you strongly agree with a statement, fill in the circle on the far right.</b></p> <p><b>Your answers will be kept confidential, and will not be seen by the clinicians involved in your treatment. Your responses to these questions will not affect the treatment you receive in any way. We realize it may be difficult for you to guess how you will respond to a new treatment. If you are unsure about any statement, please give the best guess you can. There are no right or wrong answers.</b></p>	
T1	<p>Instruções: As questões a seguir são sobre o tratamento que você receberá em breve. Queremos saber como você acha que irá responder ao tratamento. Por favor, indique o quanto você concorda com cada sentença, preenchendo o círculo mais apropriado. Por exemplo, se você discorda totalmente da colocação, preencha o círculo da extrema esquerda. Se você concorda totalmente com a colocação, preencha o círculo da extrema direita.</p> <p>Suas respostas serão mantidas em segredo, e não serão visualizadas pelos profissionais envolvidos no seu tratamento.</p> <p>Suas respostas a essas perguntas não afetarão de forma alguma o tratamento que você receberá. Nós entendemos que possa ser difícil supor (imaginar) como você responderá a um novo tratamento. Se você não tiver certeza sobre alguma afirmação, dê o melhor palpite que puder. Não existem respostas certas ou erradas.</p>
T2	<p>Instruções: As seguintes perguntas são sobre um tratamento que você receberá em breve. Queremos saber como você acha que responderá ao tratamento. Por favor indique em que nível você concorda com cada afirmação preenchendo o círculo apropriado. Por exemplo, se você discorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à esquerda. Se você concorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à direita.</p> <p>Suas respostas serão confidenciais, e não serão vistas pelos clínicos envolvidos em seu tratamento. Suas respostas a essas perguntas não afetarão o tratamento que você receberá de forma alguma. Sabemos que pode ser difícil para você adivinhar como responderá a um novo tratamento. Se você estiver indeciso sobre alguma afirmação, por favor dê a melhor estimativa que puder. Não há respostas certas ou erradas.</p>

T12	<p>Instruções: As questões a seguir são sobre o tratamento que você receberá em breve. Queremos saber como você acha que irá responder ao tratamento. Por favor, indique o quanto você concorda com cada sentença, preenchendo o círculo mais apropriado. Por exemplo, se você discorda totalmente da colocação, preencha o círculo da extrema esquerda. Se você concorda totalmente com a colocação, preencha o círculo da extrema direita.</p> <p>Suas respostas serão mantidas em segredo, e não serão visualizadas pelos profissionais envolvidos no seu tratamento.</p> <p>Suas respostas a essas perguntas não afetarão de forma alguma o tratamento que você receberá. Nós entendemos que possa ser difícil supor (imaginar) como você responderá a um novo tratamento. Se você não tiver certeza sobre alguma afirmação, dê o melhor palpite que puder. Não existem respostas certas ou erradas.</p>
Co	<p>Instruções: As questões a seguir são sobre o tratamento que você receberá em breve. Queremos saber como você acha que vai responder ao tratamento. Por favor, indique o quanto você concorda com cada sentença, preenchendo o círculo mais apropriado. Por exemplo, se você discorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à esquerda. Se você concorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à direita.</p> <p>Suas respostas serão mantidas confidenciais, e não serão visualizadas pelos profissionais envolvidos no seu tratamento.</p> <p>Suas respostas a essas perguntas não afetarão de forma alguma o tratamento que você receberá. Nós entendemos que possa ser difícil supor (imaginar) como você responderá a um novo tratamento. Se você não tiver certeza sobre alguma afirmação, dê o melhor palpite que puder. Não existem respostas certas ou erradas.</p>
RT1	<p>Instructions: The following questions are about the treatment you will receive shortly. We want to know how you think you will respond to the treatment. Please indicate how much you agree with each sentence by filling in the most appropriate circle. For example, if you disagree completely with the statement, fill in the circle on the far left. If you completely agree with the statement, fill in the circle on the far right.</p> <p>Your answers will be kept secret, and will not be viewed by the professionals involved in your treatment.</p> <p>Your answers to these questions will in no way affect the treatment you receive. We understand that it can be difficult to guess (imagine) how you will respond to new treatment. If you are not sure about a statement, make the best guess you can. There are no right or wrong answers.</p>

RT2	<p>Instructions: the following questions are about the treatment you are about to receive. We want to know how you think you will respond to treatment. Please indicate how much you agree with each sentence by filling in the most appropriate circle. For example, if you completely disagree with the statement, fill in the circle on the far left. If you completely agree with the statement, fill in the circle on the far right.</p> <p>Your answers will be kept secret and will not be viewed by the professionals involved in your treatment.</p> <p>Your answers to these questions will not in any way affect the treatment you will receive. We understand that it can be difficult to guess (imagine) how you will respond to a new treatment. If you are not sure about some statement, give it the best guess you can. There are no right or wrong answers.</p>
Co-T	<p>Instructions: The following questions are about the treatment you will receive shortly. We want to know how you think you will respond to the treatment. Please indicate how much you agree with each sentence by filling in the most appropriate circle. For example, if you disagree completely with the statement, fill in the circle on the far left. If you completely agree with the statement, fill in the circle on the far right.</p> <p>Your answers will be kept secret, and will not be viewed by the professionals involved in your treatment.</p> <p>Your answers to these questions will in no way affect the treatment you receive. We understand that it can be difficult to guess (imagine) how you will respond to new treatment. If you are not sure about a statement, make the best guess you can. There are no right or wrong answers.</p>
Obs.	

**Classificação:**

<b>Strongly Disagree; Moderately Disagree; Slightly Disagree; Neither Agree Nor Disagree</b>	
T1	Discordo Totalmente; Discordo Parcialmente; Discordo Levemente; Nem concordo nem discordo
T2	Discordo fortemente; Discordo moderadamente; Discordo levemente; Não concordo nem discordo
T12	Discordo Totalmente; Discordo Parcialmente; Discordo Levemente; Nem concordo nem discordo
Co	Discordo Totalmente; Discordo Parcialmente; Discordo Levemente; Nem concordo nem discordo
RT1	Strongly Disagree; Partially Disagree; Slightly Disagree; Neither Agree nor Disagree
RT2	Completely disagree; Partly disagree; Slightly disagree; Neither agree nor disagree
Co-T	Strongly Disagree; Partially Disagree; Slightly Disagree; Neither Agree nor Disagree
Obs.	

<b>Slightly Agree; Moderately Agree; Strongly Agree</b>	
T1	Concordo levemente; Concordo Parcialmente; Concordo Totalmente
T2	Concordo levemente; Concordo moderadamente; Concordo fortemente
T12	Concordo levemente; Concordo Parcialmente; Concordo Totalmente
Co	Concordo levemente; Concordo Parcialmente; Concordo Totalmente
RT1	Slightly Agree; Partially Agree; Strongly Agree
RT2	Slightly agree; Partly agree; Completely agree
Co-T	Slightly Agree; Partially Agree; Strongly Agree
Obs.	

**Questões:****Q.1 This treatment will be completely effective**

T1	Este tratamento será completamente efetivo.
T2	Este tratamento será completamente eficaz.
T12	Este tratamento será completamente eficaz.
Co	Este tratamento será completamente eficaz.
RT1	This treatment will be completely effective.
RT2	This treatment will be completely effective.
Co-T	This treatment will be completely effective.
Obs.	

**Q.2 I am worried about my treatment**

T1	Eu estou preocupado com o meu tratamento.
T2	Estou preocupado(a) com meu tratamento.
T12	Eu estou preocupado(a) com meu tratamento.
Co	Eu estou preocupado(a) com meu tratamento.
RT1	I am concerned about my treatment.
RT2	I am worried about my treatment.
Co-T	I am worried about my treatment.
Obs.	



**Q.3 My condition will be completely resolved after treatment**

T1	Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.
T2	Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.
T12	Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.
Co	Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.
RT1	My condition will be completely resolved after treatment.
RT2	My condition will be completely resolved after treatment.
Co-T	My condition will be completely resolved after treatment.
Obs.	

**Q.4 I have fears about this treatment**

T1	Eu tenho medos em relação a este tratamento.
T2	Tenho receios quanto ao tratamento.
T12	Eu tenho medos em relação a este tratamento.
Co	Eu tenho medos (receios) em relação a este tratamento.
RT1	I have fears about this treatment.
RT2	I have concerns regarding this treatment.
Co-T	I have fears about this treatment.
Obs.	

**Q.5 I have complete confidence in this treatment.**

T1	Eu tenho confiança total neste tratamento.
T2	Tenho completa confiança neste tratamento.
T12	Eu tenho confiança total neste tratamento.
Co	Eu confio totalmente neste tratamento.
RT1	I have complete confidence in this treatment.
RT2	I have full confidence in this treatment.
Co-T	I have complete confidence in this treatment.
Obs.	

**Q.6 I am nervous about the negative effects of this treatment.**

T1	Eu estou preocupado com os efeitos negativos deste tratamento
T2	Estou ansioso(a) quanto aos efeitos negativos deste tratamento.
T12	Eu estou preocupado(a) com os efeitos negativos deste tratamento.
Co	Eu estou ansioso (a) (tenso).....
RT1	I am concerned about the negative effects of this treatment.
RT2	I am concerned about the negative effects of this treatment.
Co-T	I am concerned about the negative effects of this treatment.
Obs.	

**Q.7 What treatment are you going to receive?**

T1	Qual tratamento você vai receber?
T2	Qual tratamento você receberá?
T12	Qual tratamento você vai receber?
Co	Qual tratamento você vai receber?
RT1	What treatment will you receive?
RT2	What treatment will you receive?
Co-T	What treatment will you receive?
Obs.	

**Q.8 What specific benefits (if any) do you expect to receive from this treatment?**

T1	Quais são os benefícios específicos (se houver) que você espera receber deste tratamento?
T2	Quais benefícios específicos (se houver) você espera receber deste tratamento?
T12	Quais são os benefícios específicos (se houver) que você espera receber deste tratamento?
Co	Quais são os benefícios específicos (se houver) que você espera receber deste tratamento?
RT1	What are the specific benefits (if any) that you expect to receive from this treatment?
RT2	What are the specific benefits (if any) that you expect to receive from this treatment?
Co-T	What are the specific benefits (if any) that you expect to receive from this treatment?
Obs.	

**Q.9 What specific harms or negative side-effects (if any) do you think may occur because of this treatment?**

T1	Quais os danos ou efeitos colaterais negativos (se houver) que você acha que poderá acontecer devido a este tratamento
T2	Quais efeitos colaterais ou danos específicos (se houver) você acredita que possa ocorrer devido ao tratamento?
T12	Quais os danos específicos ou efeitos colaterais negativos (se houver) que você acha que poderá acontecer devido a este tratamento?
Co	Quais os danos específicos ou efeitos colaterais negativos (se houver) que você acha que poderá acontecer devido a este tratamento?
RT1	What specific damages or negative side effects (if any) do you think could happen due to this treatment?
RT2	What specific damages or negative side effects (if any) do you think could happen due to this treatment?
Co-T	What specific damages or negative side effects (if any) do you think could happen due to this treatment?
Obs.	

**Q.10 Have you ever received this treatment before?**

T1	Você já recebeu este tratamento antes?
T2	Você já recebeu esse tratamento antes?
T12	Você já recebeu este tratamento antes?
Co	Você já recebeu este tratamento antes?
RT1	Have you received this treatment before?
RT2	Have you received this treatment before?
Co-T	Have you received this treatment before?
Obs.	

## APÊNDICE V - Relatório Reunião do Comitê de Especialistas

### Relatório Comitê de Especialistas de Síntese TEC-Br

- Após a retrotradução ficou estabelecido como título da escala em português “Escala de Expectativa no Tratamento da Dor Crônica (TEC-Br)” e em inglês “Treatment Expectation of Chronic Pain”
- Por decisão, ficou estabelecido nas instruções inserir entre parêntese a palavra “número” na frase “escolha a opção (número) que melhor represente”.
- Ficou decidido inserir referências descritivas dos números para melhor visualização das sentenças da escala de 5 pontos.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

- A descrição nas instruções pelo consenso ficou decidido, o uso da palavra “ideal” e “gostaria” “(a) o que você considera que seria o ideal (em um mundo ideal, o que você gostaria que acontecesse) durante sua(s) consulta(s) e no tratamento” e em inglês (a) what you ideally hope will happen (in an ideal world, what would you want to happen) during your health care appointment(s) and”.
- A descrição nas instruções pelo consenso ficou decidido, o uso da palavra “realmente” e “espera” (b) O que você realmente espera que vai acontecer (na vida real, o que você espera que de fato aconteça) durante a sua(s) consulta(s) e no tratamento;” e em inglês “(b) what you really expect to happen (in real life, what you expect will actually happen) during your consultation(s) and in treatment;”
- Por decisão, após a retrotradução ficou decidido a mudança para “considerando as **condições ideais**, o que você gostaria que acontecesse” e no inglês “Considering **ideal conditions**, what do you hope will happen”. E no outro item “Considerando as **condições reais**, o que você espera que vai acontecer” e no inglês “Considering **real conditions**, what do you expect will happen”.
- No item/questão 1, o termo “**significantly reduced**” foi traduzido para “significativamente” no inglês “My **pain** will significantly **reduce**”.
- No item 2, o termo “**will be able to do routine**” foi substituído para “I will be able to perform **daily activities**” no português para “Eu serei capaz de realizar **atividades diárias** (ex: cozinhar, limpar, realizar minha higiene pessoal) melhor.”

- No item 5, o termo “**I will learn about ways I can manage my pain condition**” foi **mudado para** “I will learn **ways to deal** with my pain condition.” e no português pelo consenso “Eu vou aprender **maneiras de lidar** com minha condição de dor.”

## APÊNDICE VI - Relatório Reunião do Comitê de Especialistas

### Relatório Comitê de Especialistas de Síntese SETS-Br

- Após a retrotradução ficou estabelecido como título da escala em português “Escala Stanford de Expectativa de Tratamento (SETS-br) e em inglês “Stanford Treatment Expectation Scale.”
- Por decisão, ocorreram algumas mudanças nas instruções da escala para “Por favor, indique o quanto você concorda com cada sentença, preenchendo o círculo mais apropriado. Por exemplo, se você discorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à esquerda. Se você concorda fortemente com uma afirmação, preencha o círculo mais distante à direita.”
- Como também alterações na frase “Suas respostas serão mantidas em sigilo e apenas os profissionais diretamente envolvidos com seu tratamento terão acesso às suas respostas. Suas respostas a essas perguntas não determinarão se você receberá o tratamento, mas podem ajudar os profissionais a decidir o melhor tratamento para você. Se você não tiver certeza sobre alguma afirmação, dê o melhor palpite que puder. Não existem respostas certas ou erradas”
- Para a classificação ficou decidido: “Discordo Totalmente; Discordo Parcialmente; Discordo Levemente; Nem concordo nem discordo; Concordo levemente; Concordo Parcialmente; Concordo Totalmente” e em inglês “Strongly Disagree; Partially Disagree; Slightly Disagree; Neither Agree nor Disagree; Slightly Agree; Partially Agree; Strongly Agree”.
- No item/questão 1, o termo **“This treatment will be completely effective”** ficou decidido para “Este tratamento será completamente eficaz.”
- No item 2, o termo **“I am worried about my treatment”** foi substituído para português para “Eu estou preocupado(a) com meu tratamento.”
- No item 3, o termo **“My condition will be completely resolved after treatment”** foi traduzido para o português para “Minha condição será completamente resolvida após o tratamento.”
- No item 4, o termo **“I have fears about this treatment”** foi traduzido para o português para “Eu tenho medos (receios) em relação a este tratamento.” Para a palavra “fears” ficou decidido para “medos (receios).
- No item 5, o termo **“I have complete confidence in this treatment.”** foi traduzido para o português para “Eu confio totalmente neste tratamento.”

- No item 6, o termo **“I am nervous about the negative effects of this treatment.”** foi traduzido para o português para **“Eu estou preocupado(a) com os possíveis efeitos negativos deste tratamento.”** Para palavra “nervous” o comitê decidiu que ficasse “nervoso (tenso)” no entanto ao entrar em contato com autor da escala foi sugerido o uso do termo “preocupado”.
- No item 8, o termo **“What specific benefits (if any) do you expect to receive from this treatment?”** foi traduzido para o português para **“Quais são os benefícios específicos (se houver) que você espera receber deste tratamento?”**
- No item 9, o termo **“What specific harms or negative side-effects (if any) do you think may occur because of this treatment?”** foi traduzido para o português para **“Quais os danos específicos ou efeitos colaterais negativos (se houver) que você acha que poderá acontecer devido a este tratamento?”**