

RICARDO VIGATTO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO
“THE LOW BACK PAIN DISABILITY OSWESTRY
QUESTIONNAIRE”**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **RICARDO VIGATTO**

Neusa Maria Costa Alexandre

Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre
Orientadora

CAMPINAS

2006

**BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP**

RICARDO VIGATTO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO
“THE LOW BACK PAIN DISABILITY OSWESTRY
QUESTIONNAIRE”**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem
área de concentração Enfermagem e Trabalho*

Orientadora- Prof^a Dr^a Neusa Maria Costa Alexandre

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

V68a Vigatto, Ricardo
Adaptação cultural do instrumento “The low back pain disability
Oswestry questionnaire” / Ricardo Vigatto. Campinas, SP: [s.n.],
2006.

Orientador : Neusa Maria Costa Alexandre
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Dor lombar. 2. Validade. 3. Reprodutibilidade de Resultados.
I. Alexandre, Neusa Maria Costa de. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

(Slp/fcm)

Título em inglês: *Cross-cultural adaptation of Oswestry Disability Index*

Keywords:

- Low back pain
- Validity
- Reproducibility of Results

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestrado

Banca Examinadora: **Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre**
 Prof. Dr. Heleno Corrêa Filho
 Profa. Dra. Maria Silvia Monteiro

Data de Defesa: 22/02/2006

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	TIUNICAMP
	V68a
V	EX
TOMBO BC/	68739
PROC.	16.123.06
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	160
DATA	02/06/06

Bib. id. 382950

**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

Aluno(a): Ricardo Vigatto

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Neusa Maria Costa Alexandre

Membros:

1- Prof^ª Dr^ª Neusa Maria Costa Alexandre _____

2- Prof. Dr. Heleno Corrêa Filho _____

3- Prof^ª Dr^ª Maria Sílvia Monteiro _____

Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 22 de Fevereiro de 2006.

200611491

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Antonio Carlos e Elisabeth, pelo amor e incentivo
na conclusão dessa etapa tão importante da minha vida,
exemplos de luta e lealdade.*

*Aos meus irmãos, Rogério e Renato, pelo privilégio e alegria de tê-los como irmãos
e por terem me ajudado e apoiado, sempre.*

*A Mayra, pelos anos vividos juntos, pela cumplicidade, amizade e pelo amor.
Pelo crescimento e amadurecimento que temos compartilhado
ao longo da nossa caminhada.*

A vocês, muito obrigado!!!

Ricardo Vigatto.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me privilegia todos os dias com o dom da vida e que me enche de bênçãos, renovando a cada dia minhas forças para superar todos os obstáculos da vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade estadual de Campinas, por ter me possibilitado realizar este sonho.

À Profª Drª Neusa Maria Costa Alexandre, pela disponibilidade, pela orientação, pelo critério científico e pelos conhecimentos transmitidos, minha sincera e profunda gratidão.

Ao Prof. Dr. Heleno Corrêa Filho por sua valiosa contribuição científica, que me ajudou a trilhar e me aprofundar nos caminhos do saber.

Aos professores Drª Maria Sílvia Monteiro, Drª Edinêis de Brito Guirardello e Dr. Marco Campello pelas preciosas sugestões.

Às Profªs Drªs Ester da Silva e Aparecida Maria Catai e ao Lucien de Oliveira, que sempre me apoiaram e incentivaram, proporcionando a mim a oportunidade de desfrutar do conhecimento e fazendo despertar o interesse pela pesquisa científica.

Ao Helymar C. Machado pela contribuição na análise estatística dos dados deste trabalho.

Ao Marco Antonio e a todos os funcionários do Ambulatório de Fisioterapia do Cecom, que me ajudaram muito na coleta de dados.

Aos alunos e funcionários da UNICAMP que participaram do estudo durante a fase de coleta de dados.

Ao Carlos Alberto Fidelis de Araújo e a Janice Delgado da Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem, pela atenção e paciência com que sempre me receberam e ajudaram.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, por intermédio da bolsa que me foi concedida.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro, através da verba liberada para aquisição de materiais permanentes e de consumo.

Ao Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa (FAEP) da Universidade Estadual de Campinas, pela concessão de recursos para apresentação de trabalho em eventos.

Aos meus amigos, que me acompanharam nesta jornada, pelos momentos de apoio, encorajamento e discussões, e também pelos momentos de descontração, que me renovaram para enfrentar novas batalhas a cada dia.

Agradeço de uma forma geral a todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para que a concretização deste trabalho fosse possível.

Tudo que tenho a dizer é: muito obrigado mesmo.

VALEU!!!

*“É preferível alcançar triunfos e glórias, mesmo expondo-se a derrotas;
a formar filas com os pobres de espírito, que nem gozam muito e nem vivem muito,
porque vivem numa penumbra cinzenta daqueles que não conhecem
nem vitórias e nem derrotas.”*

(Franklin Roosevelt)

	<i>Pág.</i>
RESUMO	xiv
ABSTRACT	xvi
1- INTRODUÇÃO	18
1.1- Lesões por esforços repetitivos (LER)/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)	19
1.2- Dor lombar	21
1.3- Adaptação transcultural de instrumentos de medida	22
1.3.1- Tradução.....	23
1.3.2- Retro-tradução.....	24
1.3.3- Revisão da tradução por comitê de juízes.....	24
1.3.4- Pré-teste.....	25
1.3.5- Avaliação das Propriedades Psicométricas.....	25
2- CONSIDERAÇÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO “THE LOW BACK PAIN DISABILITY OSWESTRY QUESTIONNAIRE”	27
3- OBJETIVO	29
4- MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1- Campo de pesquisa	32
4.2- Sujeitos	32
4.3- Coleta de dados	32
4.4- Procedimento para adaptação cultural	32

4.4.1- Tradução para a língua portuguesa.....	33
4.4.2- Retro-tradução.....	33
4.4.3- Comitê para revisão.....	33
4.4.4- Pré-Teste.....	34
4.4.5- Confiabilidade.....	34
4.4.6- Validade.....	35
4.5- Aspectos éticos.....	36
4.6- Análise dos dados.....	36
5- RESULTADOS.....	37
5.1- Processo de adaptação cultural.....	38
5.2- Caracterização dos sujeitos.....	39
5.3- Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.....	43
5.3.1- Confiabilidade.....	43
5.3.1.1- Consistência interna.....	43
5.3.1.2- Estabilidade.....	44
5.3.2- Validade.....	44
5.3.2.1- Roland-Morris.....	45
5.3.2.2- Escala numérica de dor.....	45
5.3.2.3- SF-36.....	46
6- DISCUSSÃO.....	48
7- CONCLUSÃO.....	53
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

9- ANEXOS	63
9.1- Versão brasileira do questionário Roland-Morris	64
9.2- Escala numérica de dor	66
9.3- Questionário SF-36	67
9.4- Parecer do comitê de ética	72
9.5- Instrumento Oswestry original	74
10- APÊNDICES	75
10.1- Autorização para a coleta de dados	76
10.2- Ficha para caracterização dos pacientes	77
10.3- Versão brasileira do Oswestry	78
10.4- Termo de consentimento livre e informado	82
10.5- Autorização para realização da adaptação cultural	83

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Social
LER	Lesões por esforços repetitivos
Max	Máximo
Min	Mínimo
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
RS	Reais
SF-36	The medical outcomes study 36-item short-form health survey
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
US\$	Dólares
USA	United States of America

	<i>Pág.</i>
Tabela 1 Caracterização dos sujeitos.....	40
Tabela 2 Valores obtidos dos instrumentos.....	41
Tabela 3 Correlação (r) e significância (p) dos oito domínios do instrumento SF-36 com o instrumento Oswestry.....	47

	<i>Pág.</i>
Figura 1 Pontuação obtida nos instrumentos Oswestry (nas fases de teste e de reteste) e Roland Morris.....	42
Figura 2 Pontuação obtida na Escala Numérica de Dor e no oitos domínios do Questionário SF-36.....	43
Figura 3 Correlação do escore total do instrumento Oswestry nas fases de teste e de reteste.....	44
Figura 4 Correlação entre os valores dos instrumentos Oswestry e Roland-Morris.....	45
Figura 5 Correlação entre os escores do Oswestry e da Escala Numérica de Dor.....	46

RESUMO

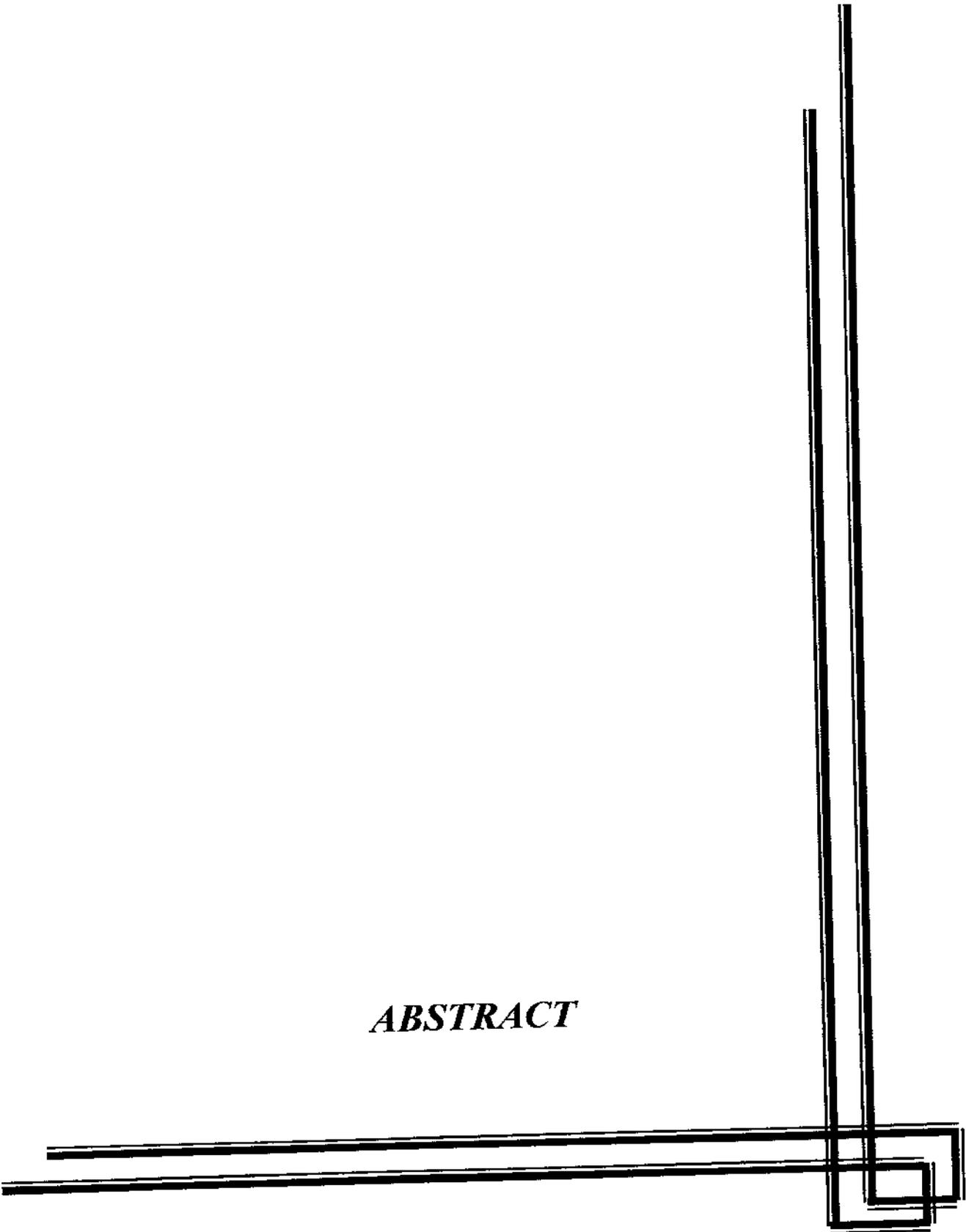


A literatura tem identificado a necessidade de utilização de instrumentos de medida padronizados e confiáveis que avaliam a dor lombar. O questionário Oswestry tornou-se um dos principais instrumentos utilizados para avaliar os distúrbios da coluna vertebral. O objetivo desse estudo foi traduzir e adaptar a versão do questionário Oswestry para o português e avaliar sua validade e confiabilidade. A adaptação cultural foi realizada de acordo com a metodologia recomendada internacionalmente, usando as seguintes fases: tradução, retro-tradução, revisão por um comitê de especialistas e pré-teste. Primeiramente, o questionário foi traduzido para o português por dois tradutores bilíngües, de uma forma independente. Posteriormente, dois outros tradutores profissionais que possuíam como língua materna o inglês, fizeram a retro-tradução independentemente um do outro. Um comitê composto por seis especialistas revisou as versões obtidas e desenvolveram a versão final do instrumento. Essa versão foi pré-testada em 40 pacientes com lombalgia. A confiabilidade foi avaliada através da estabilidade (teste-reteste) e da consistência interna. A validade foi obtida comparando-se a pontuação do Oswestry com outros instrumentos de medida: o questionário Roland-Morris, o questionário SF-36 e uma escala numérica de dor. As propriedades psicométricas da versão traduzida foram avaliadas aplicando o questionário em 120 sujeitos com dor lombar. Os resultados mostraram uma boa validade e consistência interna (Alfa de Cronbach=0,87). No teste-reteste os resultados apontaram uma alta correlação intraclassa ($r=0,99$). O questionário Oswestry demonstrou possuir uma moderada correlação com a dor, usando-se uma escala numérica de dor ($r=0,66$). Uma correlação relativamente alta foi encontrada entre as pontuações do Oswestry e do Roland-Morris ($r=0,81$). Houve uma correlação significativa ($p<0,001$) entre a pontuação do Oswestry e as oito dimensões do questionário SF-36. Os coeficientes de correlação mais altos foram com a capacidade funcional ($r=0,83$), com a dor ($r=0,58$) e com os aspectos físicos ($r=0,53$). Este estudo demonstrou que o processo usado para a adaptação do questionário Oswestry foi realizado com sucesso e que a versão adaptada possui excelentes propriedades psicométricas.

Linha de pesquisa: Trabalho, saúde e educação.

Palavras-chave: dor lombar, validade, confiabilidade, medidas.

ABSTRACT



Reports in the literature have identified a need for internationally standardized and reliable measurements to analyse back pain. The Oswestry questionnaire has become one of the principal outcome measures used in the management of spinal disorders. The objective of this study was to translate and adapt a version of the Oswestry questionnaire into Brazilian Portuguese and evaluate its reliability. The cross-cultural adaptation was performed according to the internationally recommended methodology, using the following guidelines: translation, back-translation; revision by an expert committee and pretesting. First the questionnaire was independently translated into Portuguese by two bilingual translators. Second, two other professional translators whose mother tongue was English performed a back-translation independently from one another. A committee consisting of six specialists was brought together and developed a final version. This version was pretested on 40 subjects suffering from low back pain. Reliability was estimated through stability (test-retest) and homogeneity assessment. The validity was tested comparing scores of the Oswestry with the following measures: The Roland-Morris Disability Questionnaire, the SF-36 questionnaire and a numerical pain scale. The psychometric properties of the translated version were evaluated by administering the questionnaire to 120 subjects with back pain. Results indicated good content validity and internal consistency (Cronbach alpha = 0.87). Intraclass correlation coefficient for test-retest reliability was $r = 0.99$. The Oswestry questionnaire showed moderate correlation with pain measure using a numerical pain scale ($r = 0.66$). Relatively high correlation was also found between the Oswestry and the Roland – Morris scores ($r = 0.81$). There was significant correlation ($p < 0.001$) between the Oswestry scores and the eight scales of the SF - 36 questionnaire. The highest correlation coefficients were for physical functioning ($r = 0,83$); bodily pain ($r = 0,58$) and role physical ($r = 0,53$). This study confirmed that the process used for adaptation of the Oswestry questionnaire was well succeeded and that this version had excellent psychometrical properties.

Research line: Work, health and education.

Key-Words: low back pain, validity, reliability, measurements.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), os distúrbios da saúde ou doenças relacionadas ao trabalho são divididos em: doença profissional e doença do trabalho ou relacionada ao trabalho. As doenças profissionais necessitam de um agente causal específico (exemplo: Silicose/silica; Asbestose/asbesto). Nas doenças relacionadas ao trabalho vários fatores laborais contribuem para sua ocorrência, não se identificando apenas um agente causal, mas vários. Nesse quadro se encaixam as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c), LER/DORT é um termo amplo que engloba os distúrbios ou doenças do sistema músculo-esquelético, tais como coluna, pescoço e membros superiores, sendo as mais conhecidas a lombalgia, a tenossinovite, a tendinite e a bursite, entre outras. Atingem milhares de trabalhadores, que sofrem preconceitos devido à invisibilidade da doença nos primeiros estágios.

RANNEY (2000) relata que todas as estruturas possuem um ponto de ruptura, tais como madeira, vidro, cerâmica e similares. Todos esses materiais são passíveis de resistir a certa quantidade de tensão característica de sua estrutura, mas quando expostos a uma força suficientemente grande serão rompidos com apenas uma aplicação dessa força e, se expostos a forças menores e repetidas durante algum tempo, isto lhes causará uma fadiga tal que levará a sua ruptura ou, no mínimo a certo desgaste. Essa teoria também é válida para o tecido biológico (ossos, ligamentos, tendões, etc.) mas a diferença é que o tecido biológico pode regenerar-se.

O esforço físico intenso, exigência de postura inadequada, estresse físico e/ou psíquico, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalhos em turno e noturno, levantamento e transporte manual de peso, monotonia, repetitividade, jornada de trabalho prolongada são fatores que impõem ao trabalhador um estresse acentuado, podendo envolvê-lo em atividades sem pausas para descanso. Esses comportamentos contribuem para o desencadeamento das LER/DORT (RANNEY, 2000).

Todos esses fatores associados à industrialização e à globalização têm sido os fatores mais importantes para o aumento na incidência das LER/DORT.

No Brasil, as estatísticas fornecidas pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) comprovam esse aumento. De 1992 a 1993, a frequência de casos passou de 8.299 para 15.417. Apesar de atualmente se notar uma diminuição dessa frequência (30.489 em 1998 para 22.032 em 1999), essa, ainda, encontra-se em valores elevados (BRASIL, 2001a).

Segundo O'NEILL (2001), a incidência de LER/DORT refere-se a menos de 1/3 da população economicamente ativa, pois somente essa parcela possui carteira assinada sob regime empregatício da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), além da subnotificação que ocorre em episódios de curta duração e dos que não exigem afastamento do trabalho. Ainda assim constitui a segunda causa de afastamento do trabalho no Brasil, atingindo o trabalhador no auge de sua produtividade e experiência profissional. Existe maior incidência na faixa etária de 30 a 40 anos e as mulheres são as mais atingidas. As categorias profissionais que encabeçam as estatísticas são operadores de linha de montagem e outras como operadores de telemarketing, secretárias, jornalistas, bancários, entre outros.

O'NEILL (2001) afirma que o custo dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais para as empresas é de R\$12,5 bilhões/ano e de R\$ 20 bilhões/ano para o Brasil, entre aposentadorias, indenizações e tratamentos médicos. Somente no primeiro ano de afastamento do funcionário, as empresas gastam cerca de R\$ 89.000,00 (oitenta e nove mil reais), entre encargos sociais e pagamento de substituto temporário.

O Ministério da Saúde (2001b) afirma que a cada 100 trabalhadores na região sudeste, por exemplo, um é portador de LER/DORT.

O Instituto Norte-Americano de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH, 1997) embasa-se em estimativas de custo que variam entre US\$ 13 e 20 bilhões. Entretanto, os gastos reais com as LER/DORT não são muito claros, em razão dos diferentes métodos utilizados para avaliação, diagnóstico e tratamentos.

O adoecimento altera várias esferas na vida do indivíduo: as dores e limitações provocadas pelas LER/DORT geram sintomas depressivos e ansiosos, despertando angústia e medo diante de um futuro incerto. O indivíduo sofre abalos na sua própria identidade, além de afetar as relações familiares, pois, se seu trabalho era valorizado antes do seu adoecimento ou se era a única fonte de renda familiar, agora passa a ser discriminado e tratado como um empecilho, pois além de improdutivo terá despesas com tratamentos. Além disso, há ansiedade em relação às dúvidas quanto à própria doença, chances de cura e perda de estabilidade do emprego (O'NEILL, 2001).

Nota-se, então, que as afecções osteomusculares representam um sério problema de saúde pública, por serem uma das mais importantes causas de incapacidade e absenteísmo entre os trabalhadores, bem como pelos impactos pessoais, sociais e econômicos que acarretam (LIDGREN, 1998; COURTNEY e WEBSTER, 1999; PUNNETT e WEGMAN, 2004; MERKESDAL e MAU, 2005).

Entre essas afecções, estão incluídas as lombalgias que é a mais freqüente causa de limitação de atividades em trabalhadores em idade produtiva (ALEXANDRE et al., 1996; NORDIN et al., 1997; ALEXANDRE e BENATTI, 1998; ANDERSSON, 1998; HAGEN e THUNE, 1998; GURGUEIRA et al., 2003).

1.2- Dor lombar

Atualmente, sabe-se que as causas das algias vertebrais abrangem inúmeras variáveis inter-relacionadas. Por isso, cada vez mais, buscam-se novas abordagens para enfrentar esse problema. Dentro desse contexto, organizações e pesquisadores preocupados com questões relativas à saúde e trabalho têm procurado estudar aspectos gerais das lombalgias tais como adesão e resposta ao tratamento, incapacidade, reabilitação, entre outros (GATCHEL e GARDEA, 1999; NORDIN et al., 2003; RESNIK e DOBRYKOWSKI, 2005).

Grandes esforços têm sido realizados para melhorar e avaliar um dos aspectos mais importantes das lombalgias que é o tratamento. Como esse tratamento é complexo e envolve variáveis subjetivas, sua avaliação deve englobar diversas medidas, tais como: incapacidade, severidade e freqüência e intensidade dos sintomas (DEYO et al., 1998; MÜLLER et al., 2004; GROTTLE et al., 2004).

A literatura tem descrito medidas e escalas específicas para avaliar as dores lombares que podem verificar dimensões tais como presença e intensidade de dor, capacidade funcional, aspectos sociais e emocionais, vitalidade e limitações, qualidade de vida, entre outros (DELITTO, 1994; DEYO et al., 1994; MANNICHE et al., 1994; DAVIDSON e KEATING, 2002; NORDIN et al., 2003; OSTELO e de VET, 2005).

No entanto, existe somente um instrumento que foi adaptado e validado para a realidade brasileira tendo como objetivo avaliar as conseqüências da dor lombar (NUSBAUM et al., 2001).

Atualmente, um grande número de estudos internacionais utiliza o questionário Oswestry. Dessa forma, sua tradução contribuirá enormemente para a troca de informações entre pesquisadores nacionais e internacionais, preocupados com os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, tendo em vista a recomendação da padronização de instrumentos, objetivando facilitar a comparação entre resultados de diferentes estudos, estabelecendo assim tratamentos similares. Pois, como citado por FAIRBANK e PYNSENT (2000), a lombalgia é raramente mortal e enormemente tratável.

A orientadora deste trabalho teve oportunidade de conhecer e utilizar esse instrumento durante atividades clínicas e de pesquisa na realização de seu programa de pós-doutorado no Occupational and Industrial Orthopaedic Center, Hospital for Joint Diseases, Mt. Sinai, NYU Health, New York, NY, USA e sua participação como integrante de um Grupo Interdisciplinar de Prevenção e Estudos de Patologias da Coluna Vertebral também auxiliou na verificação da necessidade de instrumentos específicos na realidade brasileira (ALEXANDRE e MORAES, 1998; MORAES et al., 1999; ALEXANDRE et al., 2001).

1.3- Adaptação transcultural de instrumentos de medida

Autores internacionais têm recomendado a adaptação de escalas e questionários já validados em outra linguagem, justificando que isto facilitará enormemente a troca de informações entre a comunidade científica (HUTCHINSON et al, 1996).

As adaptações culturais de instrumentos já validados em outras línguas são muito importantes na medida em que fornecem dados padronizados que podem ser utilizados em pesquisas, na prática clínica e em programas de saúde pública.

O processo de produzir uma medida equivalente adaptada a uma outra cultura é um pré-requisito fundamental para a realização de estudos comparativos sobre um determinado fenômeno, em diferentes culturas. Este processo permite também ampliar as possibilidades de pesquisar conceitos ainda pouco explorados numa dada sociedade, contribuindo muito para a troca de informações entre a comunidade científica (HUTCHINSON et al., 1996; KIMURA, 1999).

A adaptação transcultural pressupõe a combinação de duas etapas interligadas - a tradução do instrumento e sua adaptação propriamente dita. A partir da tradução literal de palavras e sentenças de um idioma para outro, de um contexto cultural para outro, procede-se à avaliação da qualidade da medida adaptada em relação à sua compreensibilidade, validade aparente e de conteúdo, re replicação e adequação de escalas (GUILLEMIN et al., 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

A adaptação transcultural envolve a tradução, a retro-tradução, a revisão da tradução por comitê de juizes, o pré-teste e a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado.

1.3.1- Tradução

O objetivo da tradução de um instrumento para uma outra língua é obter uma versão que preserve o mesmo significado de cada item entre as duas línguas, no sentido de manter a integridade do instrumento de medida (KIMURA, 1999).

Esta etapa da adaptação transcultural envolve a tradução do instrumento por, pelo menos, dois tradutores independentes, isto garante a boa qualidade das traduções e permite a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos (GUILLEMIN et al., 1993; ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

De acordo com ALEXANDRE e GUIRARDELLO (2002), os tradutores devem ser nativos do idioma-alvo. Quanto ao conhecimento dos objetivos do estudo pelos tradutores, as autoras fazem duas observações: conhecendo os objetivos do estudo é

possível verificar a equivalência cultural e idiomática e, por outro lado, o desconhecimento dos objetivos é útil para obter significados inesperados do instrumento original.

1.3.2- Retro-tradução

A retro-tradução do instrumento é o procedimento que consiste em traduzir o conteúdo do instrumento na segunda língua para o idioma de origem, com a finalidade de verificar se existem divergências no significado e no conteúdo entre as versões. A seguir, essa versão e a original são comparadas e as discrepâncias são discutidas entre pesquisadores e tradutores (KIMURA, 1999).

ALEXANDRE e GUIRARDELLO (2002) recomendam que os tradutores não sejam os mesmos que participaram da tradução. Devem ser bilíngües, tendo como língua materna o idioma do instrumento original e devem desconhecer finalidade do estudo (GUILLEMIN et al., 1993; ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002). Com essas recomendações espera-se que os significados e interpretações equivocados obtidos nos procedimentos até esta fase possam ser explicitados. Os equívocos assim identificados devem ser eliminados para evitar que eles ocorram na versão final adaptada (KIMURA, 1999).

1.3.3- Revisão da tradução por comitê de juízes

Um comitê de juízes deverá ser formado para produzir a versão final do instrumento lingüisticamente adaptado com base nas várias traduções e retro-traduições obtidas, conforme descrita anteriormente (KIMURA, 1999; ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

De acordo com KIMURA (1999), as atribuições do comitê de juízes consistem em assegurar que o instrumento de pesquisa e as instruções para a sua aplicação estejam adequadamente traduzidos, para preservar a reaplicação da medida e modificar ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos além da criação de substitutos que se adequem à população alvo, mantendo, porém o conceito pretendido dos itens eliminados e assegurar que a versão traduzida seja totalmente compreensível.

1.3.4- Pré-Teste

O pré-teste consiste na avaliação da equivalência das versões original e final (KIMURA, 1999). Basicamente, esta etapa envolve a aplicação do instrumento a uma amostra de sujeitos para detectar erros e confirmar que todas as perguntas podem ser compreendidas. Avaliando, assim, não somente a qualidade da tradução, mas também para verificar os aspectos práticos de sua aplicação (ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

Segundo GUILLEMIN et al. (1993) e KIMURA (1999), existem duas maneiras de realizar o pré-teste: a técnica da prova e a avaliação por bilingües. A primeira consiste na aplicação do instrumento a uma amostra da população-alvo para determinar a compreensibilidade do instrumento, avaliar sua aceitabilidade e registrar o tempo necessário para respondê-lo. A segunda consiste na aplicação das versões original e final do instrumento a indivíduos leigos e bilingües, para verificação da equivalência de cada item. Ambas as técnicas permitem avaliar a validade aparente do instrumento adaptado. A recomendação dos autores é de que se opte por apenas uma das técnicas.

1.3.5- Avaliação das Propriedades Psicométricas

Esta etapa compreende a avaliação da validade e da confiabilidade do instrumento adaptado.

A validade é definida como a capacidade do instrumento em medir realmente ao que ele se propõe (KIMURA, 1999; MENEZES e NASCIMENTO, 1999), podendo ser avaliada de três maneiras distintas: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério.

A validade de conteúdo, como o próprio nome diz, avalia se o conteúdo do instrumento constitui uma amostra representativa do assunto que se pretende mensurar. Essa avaliação é feita por um comitê de juizes especialistas no assunto, onde é avaliada a importância de cada item do instrumento (POLIT e HUNGLER, 1995; THOMPSON et al., 1998; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A validade de constructo baseia-se na relação entre o conteúdo teórico do instrumento e a sua aplicação prática, servindo para verificar se as relações teóricas previamente descritas são confirmadas quando o instrumento é aplicado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A validade de critério trata do estabelecimento de uma relação entre a pontuação do instrumento que se deseja validar e um segundo instrumento que avalia o mesmo conceito em estudo (POLIT e HUNGLER, 1995; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A confiabilidade é definida como a precisão que um instrumento mede um atributo em medidas repetidas, sob as mesmas condições, podendo ser calculado de três maneiras distintas: avaliação da estabilidade, da consistência interna e da equivalência (KIMURA, 1999).

A estabilidade é medida por meio do teste-reteste, onde o instrumento deve apresentar uma consistência na reprodução da pontuação em duas ocasiões diferentes a um mesmo grupo de sujeitos, porém em condições semelhantes (FONSECA, 2001).

A consistência interna deve ser utilizada para avaliar a homogeneidade dos itens que compõem o instrumento, indicando se eles se correlacionam ou são complementares para a medida do atributo em questão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A equivalência é medida quando dois ou mais observadores aplicam o mesmo instrumento e cada um registra as informações de forma independente, comparando-se os resultados posteriormente (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A opção por utilizar cada um desses métodos durante o processo de adaptação cultural depende do tipo e objetivo do questionário ou escala que estão sendo utilizados (ALEXANDRE e GUIRARDELLO, 2002).

***2- CONSIDERAÇÕES SOBRE O
QUESTIONÁRIO “THE LOW BACK PAIN
DISABILITY OSWESTRY QUESTIONNAIRE”***

Esse questionário foi desenvolvido em 1980 (versão 1.0), no Instituto de Ortopedia do Hospital Robert Jones & Agnes Hunt, Reino Unido, por um grupo de pesquisadores. A versão do questionário original utilizada para a adaptação cultural foi a 2.0 (FAIRBANK e PYNSENT, 2000), recomendada por esses autores. Esse questionário avalia a limitação funcional percebida por pacientes com lombalgia (FAIRBANK et al., 1980; FAIRBANK e PYNSENT, 2000). Contém 10 seções e a primeira avalia a intensidade da dor e as outras verificam as limitações impostas pela dor na realização das seguintes atividades cotidianas: proporcionar cuidado pessoal, levantar objetos, deambular, permanecer sentado e em pé, dormir, vida sexual e social e locomoção.

Cada seção possui seis afirmações, que variam sua pontuação entre 0 e 5 pontos. Após a aplicação do instrumento somam-se os pontos obtidos em todas as seções, dividindo posteriormente o total, pelo número máximo de pontos que se pode obter em todas as seções respondidas e multiplicando por 100, obtendo-se assim um número em porcentagem. O resultado é avaliado em uma escala de 0% a 100% e os escores de 0% a 20% representam incapacidade mínima, onde o tratamento ainda não está indicado, pois os pacientes desse grupo podem realizar a maioria das atividades da vida diária. De 20% a 40% indicam uma incapacidade moderada, onde os pacientes inseridos nesse grupo sentem mais dor e convivem com problemas ao sentar, levantar objetos e ficar em pé. A locomoção e a vida social ficam mais dificultadas. De 40% a 60% representam uma incapacidade grave onde a dor é o principal problema, e as atividades da vida diária também estão afetadas e esse grupo de pacientes requer uma investigação detalhada. De 60% a 80% representam um grupo de pacientes já inválidos onde a dor lombar influencia em todos os aspectos da vida desses pacientes. De 80% a 100% apontam para um paciente preso à cama e aos sintomas exagerados (FAIRBANK et al., 1980; FAIRBANK e PYNSENT, 2000). O questionário Oswestry foi validado em pacientes com dor lombar e apresentou uma alta confiabilidade (teste-reteste $r = 0,99$ /consistência interna $\alpha = 0,87$) (FAIRBANK e PYNSENT, 2000). Pode ser respondido pelo paciente ou ser administrado por meio de entrevista. Apresenta um formato simples e é de fácil e rápida aplicação.

A utilização desse instrumento como uma medida padronizada para avaliar lombalgias, tem sido recomendada pelo “The British Medical Research Council” e pela conceituada revista “Spine” (MACDOWELL e NEWELL, 1996).

3- OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo adaptar o instrumento “The Low Back Pain Disability Oswestry Questionnaire” para a língua portuguesa e avaliar sua validade e confiabilidade.

4- MATERIAL E MÉTODOS

4.1- Campo de Pesquisa

A coleta dos dados foi realizada no Setor de Fisioterapia do Centro de Saúde de uma universidade, após autorização do coordenador do referido setor (Apêndice 10.1).

4.2- Sujeitos

Fizeram parte do estudo pacientes adultos, de ambos os sexos e com idade acima de 18 anos, diagnosticados com dor lombar pela equipe médica e encaminhados para serem atendidos no referido setor.

Como critério de exclusão considerou-se os pacientes que apresentassem incapacidade para comunicação efetiva, por alteração neurológica ou psiquiátrica e aqueles que recusassem a participar da pesquisa.

4.3- Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada individualmente, quando o paciente recebia informações sobre o propósito do estudo, da não obrigatoriedade em participar do estudo e da não interferência no atendimento. Todos os participantes receberam instruções para o auto-preenchimento dos instrumentos.

Para caracterização dos pacientes, foi preenchida uma ficha adicional com dados tais como idade, sexo, estado conjugal, grau de escolaridade, duração da dor lombar e ocupação (Apêndice 10.2).

4.4- Procedimento para Adaptação Cultural

Para assegurar a qualidade da adaptação, seguiram-se os passos recomendados por publicações especializadas (GUILLEMIN et al., 1993; GUILLEMIN, 1995; HUTCHINSON et al., 1996; BEATON, et al., 2000; ALEXANDRE e GUIRANDELLO, 2002).

4.4.1- Tradução para a língua portuguesa

O questionário foi inicialmente traduzido para a língua portuguesa por dois tradutores, de forma independente, para a sua língua materna. Um dos tradutores estava ciente dos objetivos e conceitos que envolvem o instrumento e o outro fez a tradução sem conhecimento do seu objetivo. Os resultados foram comparados e obteve-se um consenso.

4.4.2- Retro-tradução

A tradução obtida foi vertida novamente para o inglês, por dois outros tradutores que não participaram da primeira etapa e cuja língua materna é similar ao do instrumento original. Esses tradutores não receberam informações sobre os conceitos e propósitos que suportam o instrumento.

4.4.3- Comitê para revisão

Foi montado um comitê composto por pessoas bilíngües e especialistas da área de conhecimento. Fizeram parte desse comitê um total de seis pessoas, incluindo uma enfermeira pesquisadora na área de adaptação de instrumentos, uma fisioterapeuta que atua na área de saúde ocupacional, um ortopedista, dois médicos do trabalho e um epidemiologista. Inicialmente, cada um dos membros desse comitê recebeu individualmente as versões do questionário e um documento com as orientações para avaliação. Dessa forma, essas pessoas revisaram individualmente as orientações para o preenchimento do instrumento e avaliaram os tópicos de cada seção considerando as equivalências semântica, idiomática e cultural. Em seguida, foi realizada uma reunião com todos os componentes, quando foram revisadas e comparadas as traduções obtidas em conjunto.

O comitê optou por apenas uma modificação (Seção 4), que avalia a interferência da dor na deambulação, quando foi alterada a medida de distância de milhas para metros e quarteirões.

Realizou-se também uma revisão geral da língua portuguesa, obtendo-se uma versão final para a aplicação do pré-teste.

4.4.4- Pré-Teste

Para avaliar a equivalência do questionário na cultura brasileira foi realizado um pré-teste com uma amostra de 40 pacientes (BEATON et al., 2000). Após a administração do instrumento, esses pacientes foram entrevistados individualmente para avaliar dificuldades no preenchimento e identificar questões ou palavras de difícil entendimento. Posteriormente realizou-se uma nova reunião com alguns integrantes do comitê e com um tradutor profissional, quando se decidiu alterar alguns pontos do instrumento. Após essas modificações obteve-se a versão final do instrumento para aplicação (Apêndice 10.3).

4.4.5- Confiabilidade

A confiabilidade foi avaliada por meio da estabilidade (teste-reteste) e da consistência interna. A estabilidade da versão do questionário Oswestry para a língua portuguesa foi avaliada através da administração do questionário para um mesmo grupo de pacientes em duas ocasiões, separadamente. Dessa forma, um grupo de pacientes com lombalgia completou o questionário no mesmo horário e sob condições similares em dois dias consecutivos. A coleta de dados foi realizada com pacientes atendidos no Setor de Fisioterapia. A segunda aplicação do questionário foi feita 24 horas depois da primeira, no local de trabalho ou no mesmo setor de atendimento do entrevistado, após averiguação da manutenção do quadro algico.

4.4.6- Validade

A validade do instrumento foi relacionada a um critério. Segundo DEMPSEY E DEMPSEY (1996), a validade de critério trata de correlacionar os resultados de um instrumento com outro que é bem conhecido e válido.

Dessa forma, foi analisada a relação de seu escore com os resultados obtidos no questionário Roland-Morris (Anexo 9.1). Esse instrumento foi adaptado do Sickness Impact Profile (SIP) e é composto por 24 afirmações que estão diretamente ligadas às funções físicas que são afetadas pela lombalgia. Sua pontuação vai de 0 a 24, sendo que 0 significa 'nenhuma incapacidade' e 24 'incapacidade máxima'. O instrumento é de fácil e rápida aplicação e possui uma alta confiabilidade, sua validação foi obtida pela comparação de sua pontuação com subescalas de medidas da função física, tais como: Short Form-36 (SF-36), Quebec Back Scale e Oswestry (ROLAND e FAIRBANK, 2000; NUSBAUM et al., 2001).

Os resultados do questionário Oswestry também foram comparados com uma escala numérica de avaliação de intensidade da dor variando entre 0 e 10 (Anexo 9.2) que foi selecionada por ter apresentado o maior valor de confiabilidade ($r= 0,99$) quando comparada com outras escalas, em pacientes com sintomas osteomusculares, com baixa escolaridade (GALLASCH e ALEXANDRE, 2004). Comparou-se também as pontuações com um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, o Short Form-36 (Anexo 9.3), que vem sendo utilizado em diversos estudos com diferentes populações (WARE e SHERBOURNE, 1992; PATRIK et al., 1995; MCDOWELL e NEWELL, 1996; HUTCHINSON et al., 1996; ANDERSEN et al., 2002). Trata-se de um questionário multidimensional formado por trinta e seis itens que abordam conceitos físicos e mentais, englobados em oito escalas. As escalas correspondem a cada aspecto de qualidade de vida, como: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental (CICONELLI et al., 1999; MARTINEZ et al., 1999). As escalas podem receber um escore de 0 a 100, sendo que 100 indica a melhor qualidade de vida possível e 0 a pior (CICONELLI et al., 1999; MARTINEZ et al., 1999). Este instrumento já foi validado na cultura brasileira e é considerado um instrumento simples, com questões diretas e de fácil compreensão.

4.5- Aspectos Éticos

O protocolo obteve o parecer favorável do Comitê de Ética da Instituição (Parecer N° 375/2001 – Anexo 9.4).

Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram um termo de consentimento (Apêndice 10.4). O padrão de atendimento não foi alterado para realização do estudo.

A instituição na Inglaterra, onde o instrumento original (Anexo 9.5) foi desenvolvido, foi consultada para autorização da realização da adaptação cultural, recebendo parecer positivo (Apêndice 10.5).

4.6- Análise dos dados

Os dados obtidos foram tabulados no Microsoft Excel® e analisados sob a orientação do Serviço de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com a utilização os seguintes programas computacionais: The SAS System for Windows versão 6.12. (1996) e SPSS for Windows versão 10.0.7. (1999).

Para caracterização dos pacientes, foi feita uma análise estatística descritiva.

A consistência interna foi avaliada por meio da aplicação do coeficiente alfa de Cronbach (PEREIRA, 1999; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). Valores de alfa acima de 0,70 indicam alta consistência (NUNNALLY, 1978).

A estabilidade (teste-reteste) foi analisada por meio do coeficiente de correlação intraclasse (STEINER e NORMANN, 1995; POLIT e HUNGLER, 1995).

Para avaliação da validade de critério foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (SIEGEL, 1975).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

5- RESULTADOS

5.1- Processo de adaptação cultural

Apesar de toda a complexidade envolvida no processo de adaptação cultural, todas as etapas foram contempladas com sucesso. Nas etapas de tradução e de retro-tradução o cuidado maior foi no momento de se chegar a um consenso, quando procurou-se obter equivalências semântica, idiomática e cultural.

Já no pré-teste, procurou-se detectar os possíveis erros de interpretação do real significado de cada item do instrumento.

Participaram do pré-teste 40 sujeitos, sendo 27 mulheres (67,5%) e 13 homens (32,5%), com lombalgia atendidos em um Grupo de Coluna do Centro de Saúde de uma universidade. A idade média desses pacientes foi de 38,4 anos e a duração média da dor lombar foi de 65,7 meses. O nível de escolaridade predominante foi o nível superior, com um total de quatorze pacientes, seguido de nove pacientes com ensino médio completo, sete com ensino fundamental completo, seis com ensino fundamental incompleto e quatro com ensino médio incompleto. Em relação à pontuação do Oswestry, encontrou-se um valor médio de 27,7%, significando uma incapacidade moderada.

Após a administração do instrumento, esses pacientes foram entrevistados para avaliar dificuldades no preenchimento e identificar questões ou palavras de difícil entendimento. Do total, apenas três pacientes apresentaram dificuldades de compreensão em relação às instruções para o preenchimento do questionário e dois deles possuíam o ensino fundamental incompleto e o outro, ensino médio incompleto.

Em relação às palavras de difícil entendimento, três pacientes apresentaram dificuldade no preenchimento da Seção 09, mais especificamente com a palavra viajar. Estas pessoas compreenderam a questão como uma viagem de uma cidade para outra, quando na verdade o sentido era de locomoção de um local a outro. Outro participante apresentou dificuldade na questão da Seção 5, com relação ao entendimento da palavra 'cadeira favorita'.

Baseado nesses achados realizou-se uma nova reunião com alguns integrantes do comitê e com um tradutor profissional, onde se decidiu alterar os seguintes pontos do instrumento:

- a-) Colocar as orientações de preenchimento em caixa alta e destacar com negrito a seguinte orientação: “Assinale em cada uma delas apenas a resposta que mais claramente descreve a sua condição no dia de hoje”;
- b-) Trocar a expressão ‘cadeira favorita’ da questão da Seção 5 por ‘cadeira confortável’;
- c-) Substituir a palavra ‘viajar’ da Seção 10 por ‘locomoção’ em todo o contexto.

Após essas modificações, obteve-se a versão final do instrumento para sua definitiva aplicação e realização dos testes de validade e confiabilidade.

5.2- Caracterização dos sujeitos

Participaram do estudo 120 sujeitos, com uma idade média de 37,9 anos, caracterizados na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos. CAMPINAS, 2005.

Sexo	Freqüência	Percentual
Masculino	40	33,3
Feminino	80	66,7
Idade (anos)		
20-29	27	22,5
30-39	33	27,5
40-49	49	40,8
≥50	11	9,2
Estado Conjugal		
União estável	51	42,5
Vive só	69	57,5
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	11	9,2
Ensino fundamental completo	11	9,2
Ensino médio incompleto	17	14,2
Ensino médio completo	31	25,8
Superior	50	41,7
Duração da Dor Lombar (meses)		
≤ 12	20	16,7
13-24	29	24,2
25-60	42	35
≥60	29	24,2
Ocupação		
Estudante	34	28,3
Técnico administrativo	26	21,7
Auxiliar administrativo	15	12,5
Professor	15	12,5
Auxiliar serviços gerais	11	9,2
Outros	19	15,8

Verificou-se uma maior ocorrência de lombalgia no sexo feminino (66,7%), incluídos na faixa etária de 40 a 49 anos (40,8%). Em relação ao grau de escolaridade, a maior frequência foi do nível superior (41,7%) e o intervalo de duração da dor lombar, com maior incidência, foi de 25 a 60 meses (35%). A ocupação com maior frequência foi a de estudante (28,3%) seguida de técnico administrativo (21,7%) e auxiliar administrativo (12,5%).

A pontuação obtida nos questionários e escalas utilizados pode ser visualizada na Tabela 2.

Tabela 2- Valores obtidos dos instrumentos. Campinas, 2005.

Instrumentos (variação da pontuação)	Valores Obtidos (n=120)		
	Mínimo	Médio	Máximo
Escala de Dor (0-10)	0	4,5	10
Oswestry – Teste (0-100%)	6	25,1	76
Oswestry – Reteste (0-100%)	6	25,1	78
Roland-Morris (0-24)	0	5,9	24
SF - 36 (0-100)			
Capacidade Funcional	0	61,1	95
Aspectos Físicos	0	46,3	100
Dor	22	47,3	84
Estado Geral	20	64,0	100
Vitalidade	0	52,2	95
Aspectos Psicológicos	25	66,1	100
Aspectos Emocionais	0	48,1	100
Saúde Mental	20	65,4	96

A pontuação média obtida na escala numérica de dor foi de 4,5, em uma pontuação que variava de 0 a 10. No Oswestry, a média foi de 25,1% e no Roland-Morris, que variava de 0 a 24, a pontuação média foi de 5,9. No questionário SF-36 as médias para

os oito diferentes domínios foram: 61,1 para Capacidade Funcional; 46,3 para Aspectos Físicos; 47,3 para Dor; 64,0 para Estado Geral; 52,2 para Vitalidade; 66,1 para Aspectos Psicológicos; 48,1 para Aspectos Emocionais e 65,4 para Saúde Mental.

A pontuação média obtida nos dois instrumentos utilizados para avaliar pacientes com dor lombar (Oswestry e Roland-Morris) representaram em ambos, cerca de $\frac{1}{4}$ da pontuação máxima possível, apesar da pontuação dos dois questionários possuírem valores próximos dos extremos, como ilustrados na Figura 1.

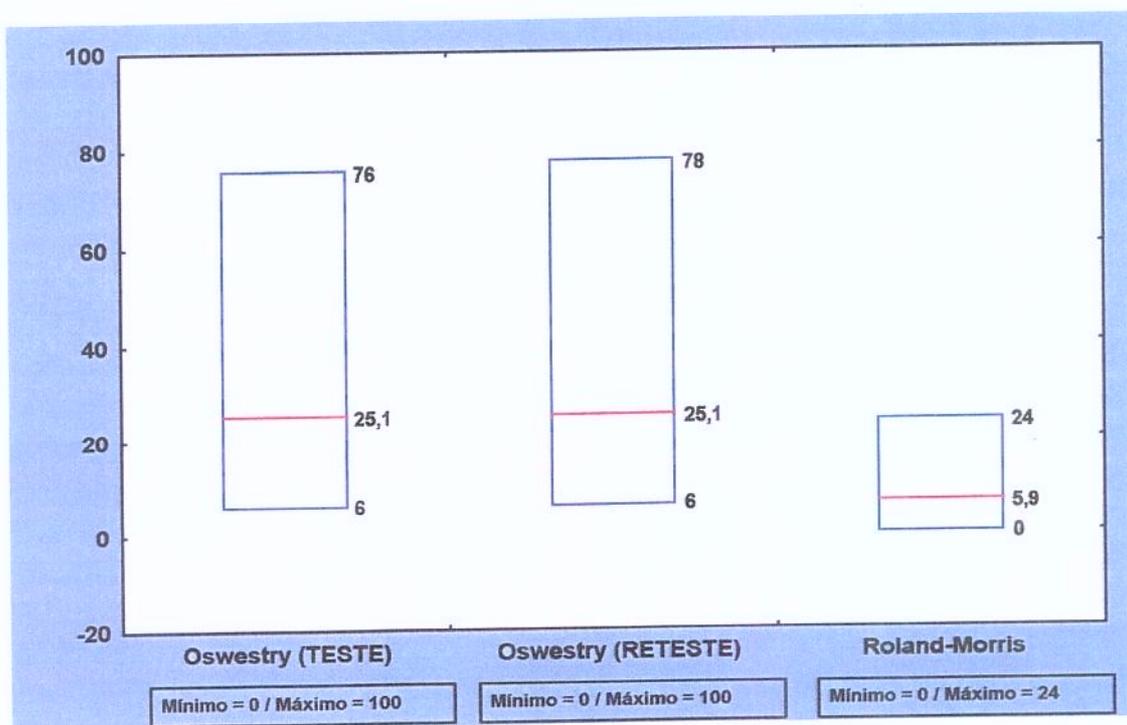


Figura 1- Pontuação obtida nos instrumentos Oswestry (nas fases de teste e de reteste) e Roland Morris. CAMPINAS, 2005.

A variação das pontuações da escala numérica de dor e dos oito diferentes domínios do SF-36 estão ilustrados na Figura 2. Os resultados variaram em torno da metade dos valores máximos possíveis, apesar de também possuírem valores próximos aos extremos.

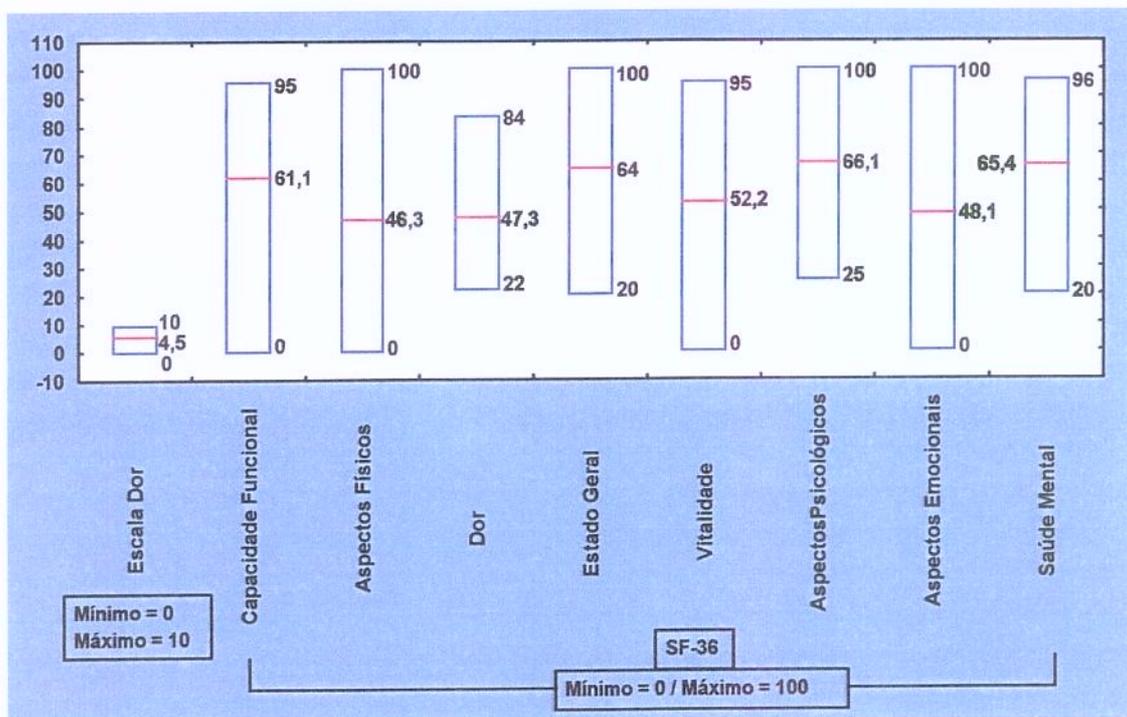


Figura 2- Pontuação obtida na Escala Numérica de Dor e no oitos domínios do Questionário SF-36. CAMPINAS, 2005.

5.3- Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento

5.3.1- Confiabilidade

A confiabilidade foi avaliada por meio da consistência interna e da estabilidade teste-reteste.

5.3.1.1- Consistência interna

Para avaliar a consistência interna, calculou-se o alfa de Cronbach com os dados originados na aplicação do teste e do reteste. O instrumento mostrou possuir uma excelente consistência interna, indicada pelo coeficiente α de Cronbach=0,87, valor este encontrado tanto na fase de teste como na fase de reteste.

5.3.1.2- Estabilidade

Em relação à estabilidade do instrumento Oswestry, os dados obtidos nas fases de teste e reteste, indicaram uma excelente correlação entre as pontuações obtidas nesta diferentes fases ($r=0,99$), ilustrados na Figura 3.

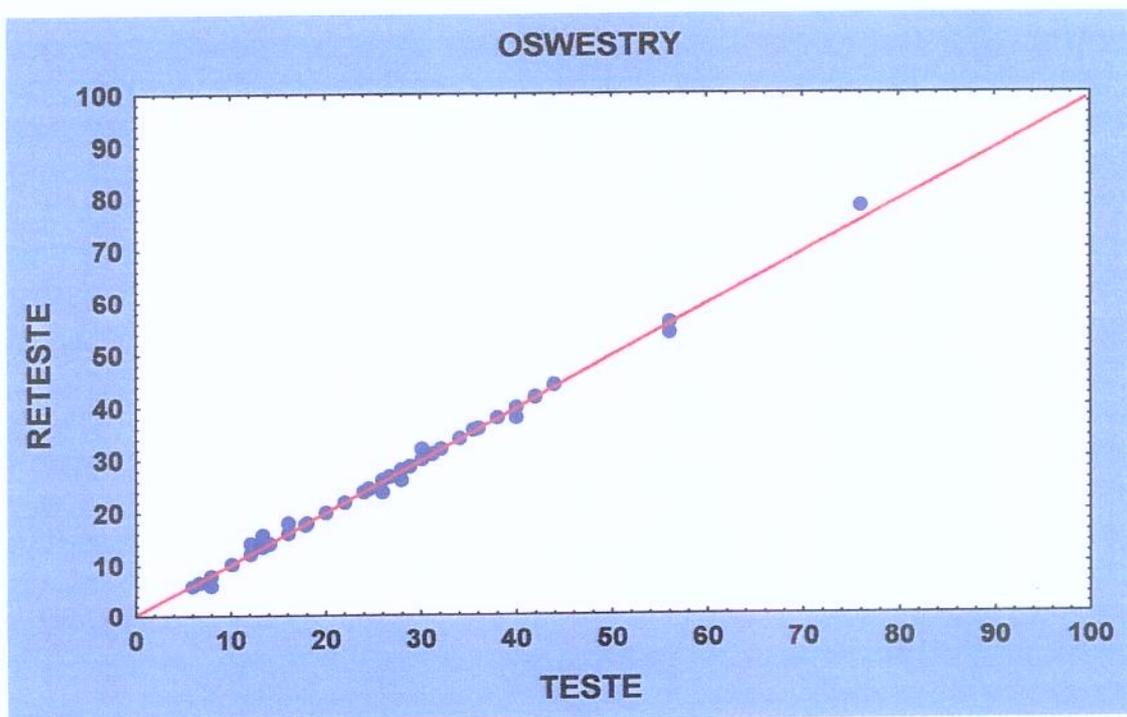


Figura 3- Correlação do escore total do instrumento Oswestry nas fases de teste e de reteste. CAMPINAS, 2005.

5.3.2- Validade

A validade foi obtida comparando-se os dados do instrumento Oswestry com os resultados do questionário Roland-Morris, de uma escala numérica de dor e com o SF-36.

5.3.2.1- Roland-Morris

Em relação à correlação dos pontos do Oswestry com o instrumento Roland-Morris, foram encontrados valores com alta correlação ($r=0,81$), observados na Figura 4.

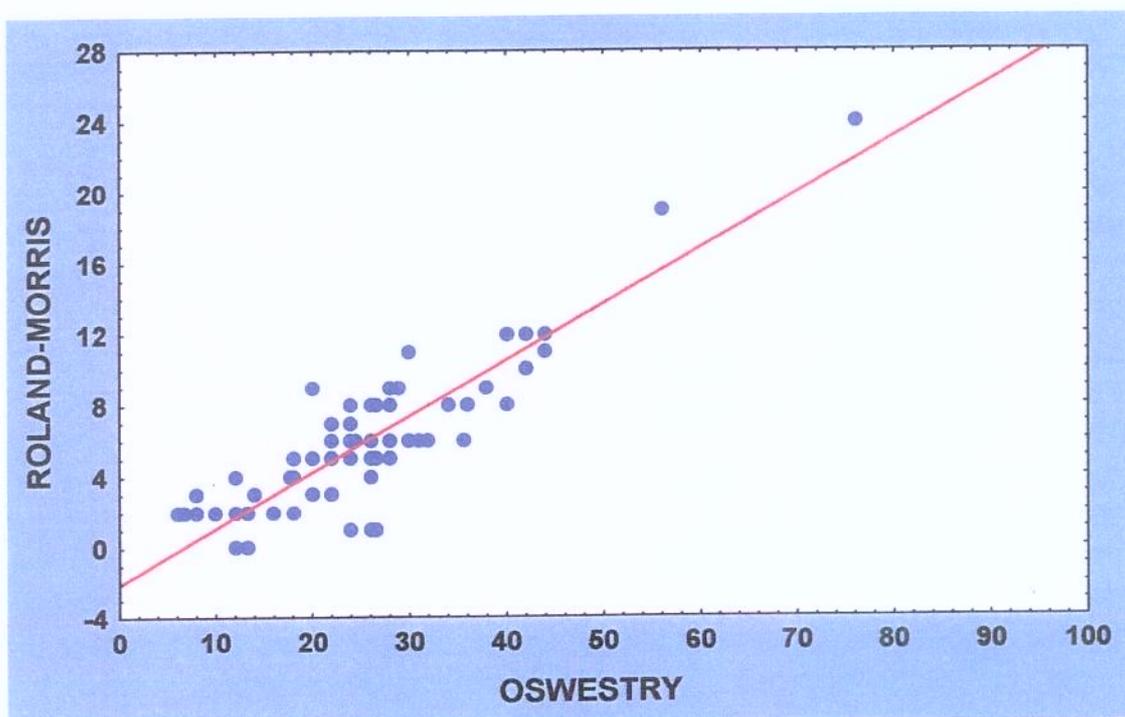


Figura 4- Correlação entre os valores dos instrumentos Oswestry e Roland-Morris. CAMPINAS, 2005.

5.3.2.2- Escala numérica de dor

A correlação dos escores do Oswestry com a escala numérica de dor foi de $r=0,66$, apontando uma moderada correlação, observada na Figura 5.

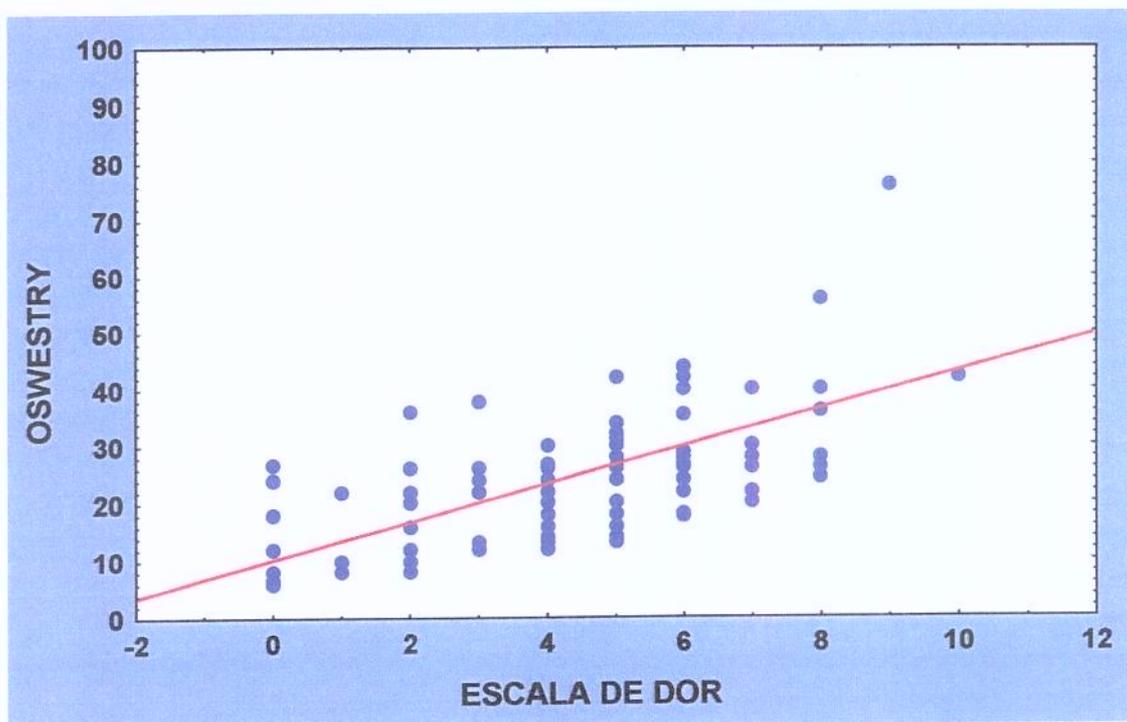


Figura 5- Correlação entre os escores do Oswestry e da Escala Numérica de Dor. CAMPINAS, 2005.

5.3.2.3- SF-36

Ao realizar-se as correlações da pontuação do Oswestry com as oito dimensões do instrumento de qualidade de vida (SF-36), encontrou-se uma correlação significativa com todos os domínios. Observou-se também que as dimensões que apresentaram correlações mais elevadas foram capacidade funcional ($r=0,83$) e aspectos físicos ($r=0,53$) e dor ($r=0,58$).

Os valores da correlação e da significância de todos os domínios do SF-36 com o instrumento Oswestry estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3- Correlação (r) e significância (p) dos oito domínios do instrumento SF-36 com o instrumento Oswestry. CAMPINAS, 2005.

Domínios do SF-36	Correlação (r)	Significância (p)
Capacidade Funcional	0,83	0,0001*
Aspectos Físicos	0,53	0,0001*
Dor	0,58	0,0001*
Estado Geral	0,33	0,0002*
Vitalidade	0,19	0,0296*
Aspectos Psicológicos	0,36	0,0001*
Aspectos Emocionais	0,23	0,0087*
Saúde Mental	0,22	0,0135*

*valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$)

6- DISCUSSÃO

Em relação às características dos pacientes entrevistados, os achados indicam o que a literatura já vem apresentando. Assim como descrito por O'Neill (2001), verificou-se que o sexo mais acometido pela dor lombar foi o feminino, incluído na faixa etária de 40 a 49 anos, acometendo os trabalhadores no auge de sua idade produtiva. Pode-se supor que este fato acarrete altíssimos custos para realização de tratamentos.

Este achado reforça o que estudos têm descrito sobre o problema de saúde pública que essas afecções ostomusculares representam, tanto para o governo como para a sociedade, e principalmente para o próprio indivíduo acometido por tal afecção (COURTNEY e WEBSTER, 1999; PUNNETT e WEGMAN, 2004).

A análise da pontuação do Oswestry demonstrou que os sujeitos apresentaram uma incapacidade moderada, o que foi confirmado pelos resultados do Roland-Morris. O escore médio da dor demonstrou também um quadro algíco moderado. As dimensões que apresentaram os menores valores do SF 36 foram os aspectos físicos, a dor, os aspectos emocionais e a vitalidade.

A literatura tem demonstrado que realmente as afecções ostomusculares, interferem negativamente em vários aspectos da qualidade de vida de um número bastante significativo de trabalhadores, devendo ser mais estudada, por ser uma das mais frequentes causas de limitação das atividades e também pelos impactos sociais, econômicos e psicosociais que vêm causando (GURGUEIRA e ALEXANDRE, 2003; PICALET e HOEYMANS, 2004).

As análises estatísticas envolvidas na etapa de confiabilidade mostraram que o instrumento adaptado possui uma alta consistência interna $\alpha=0,87$, valor este superior ao encontrado em outras pesquisas. No estudo realizado por KOPEC et al. (1995) com a versão (1.0), encontrou-se um valor $\alpha= 0,77$. Utilizando essa mesma versão, STRONG et al. (1994) demonstraram um alfa de Cronbach de 0,71. Em um estudo mais recente, utilizando também a versão 1.0, WITTINK et al. (2004) encontraram valores muito próximos ($\alpha= 0,86$) ao da presente pesquisa. BOSCAINOS et al. (2003) realizaram uma adaptação cultural do Oswestry na versão grega utilizando a mesma metodologia do presente trabalho. Esses autores encontraram uma consistência interna = 0,83, com um número de pacientes clinicamente diferenciados (n=697).

Os resultados apresentados por estes estudos confirmam que o questionário possui uma consistência interna confiável e que a versão adaptada para a cultura brasileira conseguiu manter esse padrão.

Na presente pesquisa, 120 pacientes com dor lombar foram avaliados duas vezes em um intervalo de 24 horas, obtendo-se uma correlação de $r = 0,99$. Vale ressaltar que na primeira coleta de dados os sujeitos responderam a quatro diferentes instrumentos, o que reforçou a opção por manter esse intervalo de tempo. No estudo original, FAIRBANK et al. (1980) encontraram o mesmo valor em condições similares ($n = 22, r = 0,99$).

Em outro estudo, KOPEC et al. (1995) demonstraram uma correlação de $r = 0,91$, com um intervalo médio do teste-reteste de 04 dias e esse intervalo variou de um a quatorze dias, levando-se em conta a manutenção do quadro algico.

GRÖNBLAD et al. (1993), ao avaliarem a confiabilidade teste-reteste, também utilizando o coeficiente de correlação intraclassa, encontraram um valor inferior ($n = 20, r = 0,83$), com um intervalo de uma semana.

Comparando-se os resultados obtidos, pode-se supor que os resultados da correlação diminuem quando se aumenta o intervalo de tempo para aplicação do reteste.

O intervalo de tempo que deve ser considerado em pacientes com dor lombar tem sido discutido na literatura devido à influência da flutuação natural do quadro algico associada ao efeito memória (FAIRBANK e PYNSENT, 2000).

Novas pesquisas devem ser realizadas a fim de avaliar a interferência do tempo de aplicação e reaplicação do questionário e do tipo de dor lombar envolvida em cada estudo (GRÖNBLAD et al. 1993).

A validade foi obtida comparando-se os resultados do instrumento Oswestry com os do questionário Roland-Morris, com uma Escala Numérica de Dor e com instrumento de qualidade de vida SF-36.

Inúmeros estudos têm comparado o questionário Oswestry com o Roland-Morris, mostrando que eles se correlacionam (BAKER et al., 1989; CO et al., 1993; KOPEC et al., 1995; LECLAIRE et al., 1997; BOSCAINOS et al., 2003).

LECLAIRE et al. (1997), compararam esses questionários aplicando-os em dois grupos de pacientes com dor lombar com diferentes graus de severidade. O grupo apresentando radiculopatia apresentou uma correlação de 0,72 e aqueles sem radiculopatia um valor de 0,66.

A literatura tem descrito que o instrumento Oswestry parece detectar melhor as mudanças em pacientes com maior incapacidade enquanto que o questionário Roland-Morris apresenta vantagens quando aplicado em pacientes com menor incapacidade (YANG et al., 1983; ROLAND e FAIRBANK, 2000). FAIRBANK e PYNSENT (2000) confirmam que o questionário Oswestry parece detectar melhor as alterações em sujeitos que apresentam maior incapacidade.

Ao realizar a adaptação cultural do questionário Oswestry e do Roland-Morris para a versão grega, BOSCAINOS et al. (2003) encontraram uma correlação entre os dois instrumentos igual a 0,73.

Os resultados obtidos no presente estudo, em pacientes com dor lombar com diferenciados graus de estado clínico, foram mais elevados que nos outros estudos citados ($r=0,81$), demonstrando que o instrumento adaptado apresentou uma validade segura diante de um instrumento bastante conhecido e válido como o questionário Roland-Morris.

O questionário Oswestry tem sido correlacionado particularmente com a escala visual analógica de dor. A escala numérica de dor tem sido utilizada atualmente para avaliar como escalas específicas para pacientes com dor lombar detectam mudanças clínicas de dor e de capacidade funcional (GROTLE et al., 2004; PENGEL et al., 2004). Nestes casos, a escala numérica demonstrou ser mais apropriada particularmente em pacientes crônicos (GROTLE et al., 2004).

GRÖNBLAD et al. (1993), estudando 94 pacientes com dor lombar crônica, verificaram uma correlação moderada entre o instrumento Oswestry e a escala visual analógica de dor ($r = 0,62$).

A correlação dos escores do instrumento Oswestry com a escala numérica de dor, encontrada no presente estudo ($r=0,66$), apesar de ser um pouco superior ao do estudo de GRÖNBLAD et al. (1993), também indicou uma correlação moderada.

Essa moderada correlação entre a intensidade da dor com o questionário pode ser explicada pelos inúmeros fatores inter-relacionados que determinam incapacidade funcional.

O questionário Oswestry tem sido amplamente relacionado com o instrumento de qualidade de vida SF 36 (GREVITT et al., 1997; TAYLOR et al., 1999; GROTTLE et al., 2004; WITTINK et al., 2004).

GREVITT et al. (1997), encontraram uma correlação significativa entre todas as dimensões do SF 36 e os escores do Oswestry em pacientes que sofreram cirurgia em coluna vertebral. As dimensões que apresentaram coeficientes maiores foram os aspectos físicos ($r = 0,77$), os aspectos sociais ($r = 0,67$) e a dor ($r = 0,64$).

WITTINK et al. (2004), observaram valores de correlação do SF-36 com o Oswestry iguais ao do estudo de GREVITT et al. (1997), variando de $r = 0,41$ para a saúde mental a $r = 0,77$ para os aspectos físicos.

Ressalta-se que, no presente estudo, encontrou-se as seguintes dimensões com os maiores valores: a capacidade funcional ($r = 0,83$), a dor ($r = 0,58$) e os aspectos físicos ($r = 0,53$).

Esses achados estão de acordo com o propósito do Oswestry, que procura avaliar aspectos da limitação funcional imposta pela dor em pacientes com lombalgia.

O questionário Oswestry demonstrou ser um importante instrumento para avaliação de pacientes com lombalgia, tanto pela sua facilidade de aplicação (observada pelo pesquisador e referida pelos pacientes como um instrumento fácil de ser respondido, de simples entendimento e de rápido preenchimento), quanto pela avaliação de sua pontuação e também pelas confiáveis propriedades psicométricas encontradas.

Faz-se necessário a realização de novas pesquisas com o instrumento adaptado para a realidade brasileira, a fim de se analisar a responsividade do instrumento, ou seja, detectar mudanças como a melhora ou a piora dos pacientes com dor lombar em um determinado período de tempo. Esse tipo de estudo seria útil na avaliação de intervenções ou tratamentos realizados com esses pacientes e até mesmo na elaboração de ações preventivas.

Apesar da dor lombar não representar risco de morte, ela é um dos principais fatores de risco para incapacidade.

7- CONCLUSÃO

A literatura tem identificado e sugerido a necessidade de uma padronização internacional de instrumentos de medida que avaliam a dor lombar. O questionário Oswestry tornou-se um dos principais instrumentos utilizados para avaliar os distúrbios da coluna vertebral. A adaptação cultural desse instrumento foi realizada de acordo com a metodologia recomendada internacionalmente.

A confiabilidade foi avaliada por meio da consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach igual a 0,87, e por meio da estabilidade (teste-reteste), apresentando uma correlação igual a 0,99.

Ao avaliar-se a validade do instrumento, o questionário Oswestry demonstrou uma correlação de 0,81 com o questionário Roland-Morris e de 0,66 com uma escala numérica de dor. As dimensões do SF-36 que apresentaram as maiores correlações com o questionário Oswestry foram a capacidade funcional ($r=0,83$), a dor ($r=0,58$) e os aspectos físicos ($r=0,53$).

Dessa forma, os dados demonstraram que o processo de adaptação cultural foi realizado com sucesso e que o instrumento adaptado demonstrou possuir excelentes propriedades psicométricas, confiáveis na cultura brasileira, produzindo uma versão que pode ser utilizada com segurança em pesquisas, avaliações clínicas e tratamentos de pacientes com dor lombar.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, N.M.C.; ANGERAMI, E.L.S.; MOREIRA FILHO, D. de C. Dores nas costas e enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, 30(2): 267-85, 1996.

ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, 6(2): 65-72, 1998.

ALEXANDRE, N.M.C.; MORAES, M.A.A. Proposta educativa com enfoque ergonômico para auxiliar na prevenção de lesões músculo-esqueléticas na equipe de enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**, 51(4): 629-42, 1998.

ALEXANDRE, N.M.C.; MORAES, M.A.A. de; CORRÊA FILHO, H.R. ; JORGE, S.A. Evaluation of a program to reduce back pain in nursing personnel. **Rev Saúde Pública**, 35(4): 356-61, 2001.

ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E. de B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev Panam Salud Publica**, 11(2): 109-11, 2002.

ANDERSEN, J.H.; KAERGAARD, A.; FROST, P.; THOMSEN, J.F.; BONDE, J.P.; FALLENTIN, N. et al. Physical, psychosocial, and individual risk factors for neck/shoulder pain with pressure tenderness in the muscles among workers performing monotonous, repetitive work. **Spine**, 27(6): 660-7, 2002.

ANDERSSON, G.B. Epidemiology of low back pain. **Acta Orthop Scand**, 69(Suppl 281): 28-31, 1998.

BAKER, D.J.; PYNSENT, P.B.; FAIRBANK, J. The Oswestry Disability Index revisited: Its reliability, repeatability, and validity, and a comparison with the ST-Thomas's Disability Index. In: ROLAND, M.; JENNER, J.R. **Back pain: New approaches to rehabilitation and education**. Manchester, UK: Manchester University Press, 1989. p. 174-86.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, 25(24): 3186-91, 2000.

BOSCAINOS, P.J.; SAPKAS, G.; STILIANESSI, E.; PROUSKAS, K.; PAPADAKIS, S.A. Greek versions of the Oswestry and Roland-Morris disability questionnaires. *Clin Orthop*, 411: 40-53, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador.** Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Brasília, 2001a. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador.** LER/DORT: Dilemas, Polêmicas e Dúvidas. Brasília, 2001b. 23p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador.** Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Prevenção e Fisiopatologia das LER/DORT. Brasília, 2001c. 64p.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, 39(3): 143-50, 1999.

CO, Y.; EATON, S.; MAXWELL, M. The relationship between the St. Thomas and Oswestry Disability scores and the severity of low back pain. *JMPT*, 16: 14-18, 1993.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa.** 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1999.

COURTNEY, T.K.; WEBSTER, B.S. Disabling occupational morbidity in the United States. *JOEM*, 41(1): 60-9, 1999.

DAVIDSON, M.; KEATING, J.L. A comparison of five low back pain disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Phys Ther*, 82(1): 8-24, 2002.

DELITTO, A. Are measures of function and disability important in low back care? *Phys Ther*, 74(5): 452-62, 1994.

DEMPSEY, P.A.; DEMPSEY, A.D. **Using nursing research**. Process, Critical Evaluation, Utilization. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 5 th edition. Chapter 10. 1996.

DEYO, R.A.; ANDERSSON, G. ; BOMBARDIER, C.; CHERKIN, D.C.; KELLER, R.B.; LEE, C.K. et al. Outcome measures for studying patients with low back pain. **Spine**, 19(18S): 2032-6, 1994.

DEYO, R.A.; BATTIE, M.; BEURSKENS, A.J.; BOMBARDIER, C.; CROFT, P.; KOES, B. et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. **Spine**, 23(18): 2003-13, 1998.

FAIRBANK, J.C.T.; DAVIES, J.B.; COUPER, J.; O'BRIEN, J.P. The Oswestry low back pain disability questionnaire. **Physiother**, 66(8): 271-3, 1980.

FAIRBANK, J.C.T.; PYNSENT, P.B. The Oswestry Disability Index. **Spine**, 25 (22): 2940-53, 2000.

FONSECA, P.P. **Um questionário para avaliação do impacto de doenças crônicas : tradução validada e estudo de confiabilidade do IEQ (Illness Effects Questionnaire)**. São Paulo, 2001. (Dissertação-Mestrado-Universidade Federal de São Paulo).

GALLASCH, C.H.; ALEXANDRE, N.M.C. Comparação entre escalas de avaliação de intensidade da dor em pacientes com distúrbios osteomusculares com baixa escolaridade. **Relatório PIBIC/CNPq**, 2004. 27p.

GATCHEL, J.; GARDEA, M.A. Psychosocial issues-their importance in predicting disability, response to treatment, and search for compensation. **Neur Clin North Am**, 17(1): 149-66, 1999.

GREVITT, M.; KHAZIM, R.; WEBB, J.; MULHOLLAND, R.; SHEPPERD, J. The short form-36 health survey questionnaire in spine surgery. **J Bone Joint Surg Am**, 79 b(1): 48-52, 1997.

GRÖNBLAD, M.; HUPLI, M.; WENNERSTRAND, P.; JÄRVINEN, E.; LUKINMAA, A.; KOURI, J.P. et al. Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) and their correlation with Pain Intensity in low back pain patients. **Clin J Pain**, 9: 189-95, 1993.

GROTLE, M.; BROX, J.I.; VOLLESTAD, N.K. Concurrent comparison of responsiveness in pain and functional status measurements used for patients with low back pain. **Spine**, 29(21): E492-E501, 2004.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**, 24(2): 61-3, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **JCE**, 46(12): 1417-32, 1993.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C. Calidad de vida de trabajadoras de enfermería com dolor lumbar crônico. **TEA**, 53: 18-22, 2003.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORRÊA FILHO, H.R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 11(5): 608-13, 2003.

HAGEN, K.B.; THUNE, O. Work incapacity from low back pain in the general population. **Spine**, 23(19): 2091-5, 1998.

HUTCHINSON, A.; BENTZEN, N.; KONIG-ZANHN, C. **Cross cultural health outcome assessment: a user's guide**. The Netherlands, ERGHO, 1996.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index" de Ferrans e Powers**. São Paulo, 1999. (Tese-Livre Docência-Universidade de São Paulo).

KOPEC, J.A.; ESDAILE, J.M.; ABRAHAMOWICZ, M.; ABENHAIM, L.; WOOD-DAUPHINEE, S.; LAMPING, D.L. et al. The Quebec Back Pain Disability Scale: measurement properties. **Spine**, 20(3): 341-52, 1995.

LECLAIRE, R.; FRANÇOIS, B.; LUC, F.; ROLAND, P. A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris functional disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. **Spine**, 22(1): 68-71, 1997.

LIDGREN, B. The economic impact of musculoskeletal disorders. **Acta Orthop Scand**, 69(Suppl 281): 58-60,1998.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.

MACDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. ed 2. N York, Oxford University Press, 1996.

MANNICHE, C.; ASMUSSEN, K.; LAURITSEN, B.; VINTERBERG, H.; KREINER, S.; JORDAN, A. Low back pain rating scale: validation of a tool for assessment of low back pain. **Pain**, 57(3): 317-26, 1994.

MARTINEZ, J.E.; BARAUNA FILHO, I.S.; KUBOKAWA, K.M.; CEVASCO, G.; PEDREIRA, I.S.; MACHADO, L.A.M. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short-Form study”. **Rev Bras Reumatol**, 39(6): 312-6, 1999.

MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p. 23-28.

MERKESDAL, S.; MAU, W. Prediction of costs-of-illness in patients with low back pain undergoing orthopedic outpatient rehabilitation. **Int J Rehabil Res**, 28(2): 119-26, 2005.

MORAES, M.A.A.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Equipe multiprofissional reduzindo as queixas relacionadas ao sistema músculo-esquelético em costureiras. **R Enferm UERJ**, 7(1): 19-26, 1999.

MÜLLER, U.; DUETZ, M.S.; ROEDER, C.; GREENOUGH, C.G. Condition-specific outcome measures for low back pain. Part I: Validation. **Eur Spine J**, 13(4): 301-13, 2004.

NIOSH (NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH). **Musculoskeletal disorders and workplace factors – a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back**. US Department of Health and Human Services, 1997.

NORDIN, M. ; SKOVRON, M.L. ; HIEBERT, R. ; WEISER, S. ; BRISSON, P.M. ; CAMPELLO, M. et al. Early predictors of delayed return to work in patients with low back pain. **J Musculoskel Pain**, 5(2): 5-27, 1997.

NORDIN, M.; ALEXANDRE, N.M.C.; CAMPELLO, M. Measures for low back pain: a proposal for clinical use. **Rev Latino-am Enfermagem**, 11(2): 152-5, 2003.

NUNNALLY, J.C. **Psychometric Theory**. New York: McGraw-Hill. 1978.

NUSBAUM, L.; NATOUR, J.; FERRAZ, M.B.; GOLDENBERG, J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland Morris. **Braz J Med Biol Res**, 34(2): 203-10, 2001.

O'NEILL, M. J. **LER/DORT: O Desafio de Vencer**. São Paulo: Visão, 2001.

OSTELO, R.W.J.G.; de VET, H.C.W. Clinically important outcomes in low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, 19(4): 593-607, 2005.

PATRIK, D.L.; DEYO, R.A.; ATLAS, S.J.; SINGER, D.E.; CHAPIN, A.; KELLER, R.B. Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. **Spine**, 20: 1899-1908, 1995.

PENGEL, L.H.M.; REFSHAUGE, K.M.; MAHER, C.G. Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain. **Spine**, 29(8): 879-83, 2004.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos – Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PICAVET, H.S.J.; HOEYMANS, N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. **Ann Rheum Dis**, 63(6): 723-9, 2004.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

- PUNNETT, L.; WEGMAN, D.H. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **J Electrom Kines**, 14: 13-23, 2004.
- RANNEY, D. **Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho**. São Paulo: Roca, 2000. 344p.
- RESNIK, L.; DOBRYKOWSKI, E. Outcomes measurement for patients with low back pain. **Orthop Nurs**, 24(1): 14-24, 2005.
- ROLAND, M.; FAIRBANK, J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. **Spine**, 25(24): 3115-24, 2000.
- SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: Ed. McGraw-Hill, 1975.
- STEINER, D.; NORMANN, G. **Health measurement scales. A practical guide to their development and use**. Oxford Medical, 2nd edn. 1995.
- STRONG, J.; ASHTON, R.; LARGE, R.G. Function and the patient with chronic low back pain. **Clin J Pain**, 10(3): 191-6, 1994.
- TAYLOR, S.J.; TAYLOR, A.E.; FOY, M.A.; FOGG, A.J.B. Responsiveness of common outcome measures for patients with low back pain. **Spine**, 24(17): 1805-12, 1999.
- THOMPSON, D.R.; MEADOWS, K.A.; LEWIN, R.J.P. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. **Eur Heart J**, 19:693-5, 1998.
- WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. **Med Care**, 30: 473-83, 1992.
- WITTINK, H.; TURK, D.C.; CARR, D.B.; SUKIENNIK, A.; ROGERS, W. Comparison of the redundancy, reliability, and responsiveness to change among SF-36, Oswestry Disability Index, and Multidimensional Pain Inventory. **Clin J Pain**, 20(3): 133-42, 2004.
- YANG, Y.; EATON, S.; MAXWELL, M.W. The relationship between the St-Thomas and Oswestry disability scores and the severity of low back pain. **JMPT**, 16: 14-8, 1983.
- YELIN, E.; CALAHAN, L.F. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. **Arthritis Rheum**, 38: 1351-62, 1995.

9- ANEXOS

9.1- Versão Brasileira do Questionário Roland-Morris

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas tem utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você *ouvir* estas frases pode notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ouvir a lista pense em você hoje. Quando você ouvir uma frase que descreve você hoje, responda sim. Se a frase não descreve você, então responda não e siga para a próxima frase. Lembre-se, responda sim apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

Frases:

- 1- Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas.
- 2- Mudo de posição freqüentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.
- 3- Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.
- 4- Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
- 5- Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.
- 6- Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar mais freqüentemente.
- 7- Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
- 8- Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
- 9- Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.
- 10- Eu somente fico em pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.
- 11- Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.
- 12- Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
- 13- As minhas costas doem quase que o tempo todo.
- 14- Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas.

- 15- Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.
- 16- Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
- 17- Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
- 18- Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
- 19- Por causa de minhas dores nas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
- 20- Fico sentado a maior parte do dias por causa de minhas costas.
- 21- Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.
- 22- Por causa das dores em minhas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
- 23- Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.
- 24- Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.

9.2- Escala Numérica de Dor

A marcação 0 (zero) significa ausência de dor, enquanto 10 (dez) indica a pior dor possível. Assinale X no número mais adequado para representar a dor que você está sentindo no momento.

SEM	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DOR
DOR												INSUPORTÁVEL

9.3- Questionário SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente..... 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Ruim 4
- Muito Ruim 5

2- Comparada há um ano atrás, como você classifica sua saúde, em geral, agora?
(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
- Quase a mesma de um ano atrás 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás..... 5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
Subir vários lances de escada	1	2	3
Subir um lance de escada	1	2	3
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
Andar vários quarteirões	1	2	3
Andar um quarteirão	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

- Nenhuma 1
- Muito leve 2
- Leve 3
- Moderada 4
- Grave 5
- Muito grave 6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto à dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremamente..... 5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas. (circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

- Todo o tempo 1
- A maior parte do tempo 2
- Alguma parte do tempo 3
- Uma pequena parte do tempo 4
- Nenhuma parte do tempo 5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?
(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

9.4- Parecer do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal nº 11,
13081-270, Campinas, SP
☎ (019) 3788-0490
fax (019) 3788-4076

11/11/2011
09:23:11

PARECER PROJETO: Nº 375/2011

I- IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO "THE LOW BACK PAIN DISABILITY OSWESTRY QUESTIONNAIRE"

PI-SONEISA ALICER RESPONSÁVEL: Neusa Maria Costa Mesquita
INSTITUIÇÃO: Departamento de Enfermagem UNICAMP
ABREVIATURA DO ACESSO: 16/12/2011

II - OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivo adaptar culturalmente o instrumento "The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire" para a língua portuguesa e avaliar sua validade em uma amostra brasileira.

III - SUMÁRIO

Fundo de fundo do estudo: pacientes idosos com lombalgia crônica que são atendidos em um grupo de atenção de um Centro de Saúde de um hospital estadual.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O presente estudo não apresenta riscos à saúde dos pacientes. O Termo de Consentimento está bem elaborado. Seguinte: o pesquisador este projeto está de acordo com os princípios éticos da Resolução 196/93 e o projeto não traz riscos à saúde e qualidade dos participantes.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP não possui objeções quanto aos métodos relatados, desde que os participantes tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Recomenda-se a aprovação do projeto em 12/11/2011 sem condições.

aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV 1 f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV 2 d)

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III f.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V 3)

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V 4) É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento

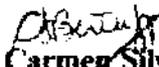
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III 2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de janeiro de 2002


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

9.5- Instrumento Oswestry Original

Oswestry

Could you please complete this questionnaire. It is designed to give us information as to how your back (or leg) trouble has affected your ability to manage in everyday life.

Please answer *every section*. Mark *one box only* in each section that most closely describes you *today*.

Section 1: Pain intensity

- I have no pain at the moment.
- The pain is very mild at the moment.
- The pain is moderate at the moment.
- The pain is fairly severe at the moment.
- The pain is very severe at the moment.
- The pain is the worst imaginable at the moment.

Section 2: Personal care (washing, dressing, etc.)

- I can look after myself normally without causing extra pain.
- I can look after myself normally but it is very painful.
- It is painful to look after myself and I am slow and careful.
- I need some help but manage most of my personal care.
- I need help every day in most aspects of self care.
- I do not get dressed, wash with difficulty, and stay in bed.

Section 3: Lifting

- I can lift heavy weights without extra pain.
- I can lift heavy weights but it gives extra pain.
- Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor but I can manage if they are conveniently positioned, e.g., on a table.
- Pain prevents me from lifting heavy weights but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned.
- I can lift only very light weights.
- I cannot lift or carry anything at all.

Section 4: Walking

- Pain does not prevent me walking any distance.
- Pain prevents me walking more than 1 mile.
- Pain prevents me walking more than a quarter of a mile.
- Pain prevents me walking more than 100 yards.
- I can only walk using a stick or crutches.
- I am in bed most of the time and have to crawl to the toilet.

Section 5: Sitting

- I can sit in any chair as long as I like.
- I can sit in my favorite chair as long as I like.
- Pain prevents me from sitting for more than 1 hour.
- Pain prevents me from sitting for more than half an hour.
- Pain prevents me from sitting for more than 10 minutes.

- Pain prevents me from sitting at all.

Section 6: Standing

- I can stand as long as I want without extra pain.
- I can stand as long as I want but it gives me extra pain.
- Pain prevents me from standing for more than 1 hour.
- Pain prevents me from standing for more than half an hour.
- Pain prevents me from standing for more than 10 minutes.
- Pain prevents me from standing at all.

Section 7: Sleeping

- My sleep is never disturbed by pain.
- My sleep is occasionally disturbed by pain.
- Because of pain I have less than 6 hours' sleep.
- Because of pain I have less than 4 hours' sleep.
- Because of pain I have less than 2 hours' sleep.
- Pain prevents me from sleeping at all.

Section 8: Sex life (if applicable)

- My sex life is normal and causes no extra pain.
- My sex life is normal but causes some extra pain.
- My sex life is nearly normal but is very painful.
- My sex life is severely restricted by pain.
- My sex life is nearly absent because of pain.
- Pain prevents any sex life at all.

Section 9: Social life

- My social life is normal and causes me no extra pain.
- My social life is normal but increases the degree of pain.
- Pain has no significant effect on my social life apart from limiting my more energetic interests, e.g., sport, etc.
- Pain has restricted my social life and I do not go out as often.
- Pain has restricted social life to my home.
- I have no social life because of pain.

Section 10: Traveling

- I can travel anywhere without pain.
- I can travel anywhere but it gives extra pain.
- Pain is bad but I manage journeys over 2 hours.
- Pain restricts me to journeys of less than 1 hour.
- Pain restricts me to short necessary journeys under 30 minutes.
- Pain prevents me from traveling except to receive treatment.

10- APÊNDICES

10.1- Autorização para a coleta de dados

Cidade Universitária Zeferino Vaz, 10 de Novembro de 2004.

Ilmo Sr.

Prof. Dr. Edison Bueno

Coordenador do CECOM – UNICAMP

Venho por meio deste solicitar de V. Sa., autorização para realizar entrevistas em pacientes com lombalgia atendidos neste setor. O objetivo dessas entrevistas é a coleta de dados para o desenvolvimento do trabalho de mestrado intitulado: Adaptação cultural do instrumento "The Low Back Pain Disability Oswestry Questionnaire", sob orientação da Profª Drª Neusa Maria Costa Alexandre. O trabalho já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Parecer N°375/2001 - em anexo). Vale ainda ressaltar que a coleta de dados também será realizada no Setor de Fisioterapia, onde através de conversa informal com o Fl. Marco A. A. Moraes, foi autorizado.

Sem mais para o momento, agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,



Ricardo Vigatto

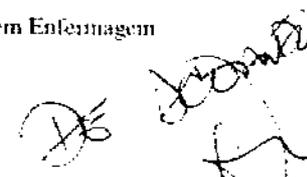
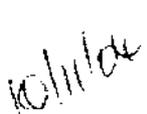
RA 030055

e-mail: vigatto@fcm.unicamp.br

Fones: 3287-8287 / 9645-4766

Aluno Regular do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

DENF – FCM – UNICAMP


Prof. EDISON BUENO
Coordenador de Serviços Sociais
CECOM/UNICAMP

10.3- Versão Brasileira do Oswestry

QUESTIONÁRIO OSWESTRY PARA AVALIAÇÃO DA DOR LOMBAR

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/táxi)

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

10.4- Termo de Consentimento Livre e Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Pesquisa: ADAPTAÇÃO CULTURAL DO QUESTIONÁRIO “THE LOW BACK PAIN DISABILITY OSWESTRY QUESTIONNAIRE”

Estamos realizando um estudo em pacientes com lombalgia. Para isto, precisamos de sua colaboração no preenchimento de um questionário. As informações obtidas nos ajudará a obter dados sobre como seu problema de coluna vem afetando sua habilidade em realizar suas atividades da vida diária. A sua participação será muito importante, mas se em algum momento você desejar interromper a entrevista, avise-nos, pois a sua decisão não prejudicará o seu atendimento.

Eu, _____,
estou respondendo de forma voluntária e espontânea, o presente questionário, que tem como objetivo identificar como está minha limitação funcional devido a dor lombar.

Declaro que estou ciente do propósito do estudo e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos, mas que terei garantido o sigilo de minha identificação pessoal.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM – Unicamp (Parecer N° 375/2001), cujo telefone é (19) 3788-8936.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Telefone para contato: 3788 8820

10.5. Autorização para realização da adaptação cultural



Departamento de Enfermagem

Faculdade de Ciências Médicas
Ca. Postal 611 - CEP: 13081-970 - Campinas - SP - Brasil
Fone: (019) 3785.8820 - Fone/fax: 3788.8822
E-mail: dentitem@head.fcm.unicamp.br

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
e de Nova América, UNICAMP

Karen Ashton
Research Coordinator
The Institute of Orthopaedics
Robert Jones & Agnes Hunt Orthopaedic Hospital
Oswestry - Shropshire

Dear Dr Ashton

I am a teacher of the Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, Campinas, São Paulo, Brazil. I was a Visiting Research at OIOC – Occupational & Industrial Orthopaedic Center of the Hospital for Joint Diseases, New York University Medical Center in New York City.

I would like to receive permission to translate (translation, adaptation and validation) the OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE into Portuguese.

If you have any questions, please feel free to contact me.

Thank you very much for your attention in this matter.

Sincerely,

*Neusa MC Alexandre, Ph.D., RN
Department of Nursing
Faculty of Medical sciences
State University of Campinas (UNICAMP)
CEP: 13083-970 Campinas – SP – Brazil
Phone: 55 19 3788 8820
Fax: 55 19 3788 8822
E-mail: neusalex@fcm.unicamp.br*

Assunto: RE: Information about the Oswestry Questionnaire

Data: 15 Nov 2001 17:36:17 +0000

De: Karen.Ashton@rjahoh-4r.wmids.nhs.uk

Para: neusalex@head.fcm.unicamp.br

Thank you
The document is in the public domain and you are free to translate it, good luck!
You might like to send me a copy!

-----Original Message-----

From: p-NHS NATIONAL
mailto:NHS%20Education%20-222-neusalex@head.fcm.unicamp.br
Sent: 15 November 2001 20:05
To: p-NHS NATIONAL
mailto:NHS%20Education%20-222-karen.ashton@rjahoh-4r.wmids.nhs.uk
Subject: Information about the Oswestry Questionnaire

Dear Dr Ashton

I would like to receive information about the possibility to translate the Oswestry Questionnaire.

Please, send the letter in attachment.
Thank you very much for your attention.

Sincerely,

Prof. Dr. Neusa MC Alexandre
Faculty of Medical Sciences
State University of Campinas
Campinas - SP - Brazil