



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

Milton Ricardo de Medeiros Fernandes

**QUESTIONÁRIO *PATIENT SPECIFIC FUNCTIONAL SCALE* – BRASIL (PSFS-
BR) PARA PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA NÃO ESPECÍFICA –
CONFIABILIDADE E VALIDADE DO CONSTRUTO**

Araranguá

2020

Milton Ricardo de Medeiros Fernandes

Questionário *Patient Specific Functional Scale* – Brasil (PSFS-BR) para pacientes com dor lombar crônica não específica – confiabilidade e validade do construto

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientador: Prof. Alexandre Marcio Marcolino, Dr.

Araranguá

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Fernandes, Milton Ricardo de Medeiros Fernandes

Questionário Patient Specific Functional Scale – Brasil (PSFS-BR) para pacientes com dor lombar crônica não específica – confiabilidade e validade do construto / Milton Ricardo de Medeiros Fernandes; orientador, Alexandre Marcio Marcolino, 2020.

61 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2020.

Inclui referências.

1. Ciências da Reabilitação. 2. Dor lombar. 3. reabilitação. 4. estudos de validação. 5. autorrelato. I. Marcolino, Alexandre Marcio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. III. Título.

Milton Ricardo de Medeiros Fernandes

Questionário *Patient Specific Functional Scale* – Brasil (PSFS-BR) para pacientes com dor lombar crônica não específica – confiabilidade e validade do construto

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Rafael Inacio Barbosa, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Marisa de Cássia Registro Fonseca, Dra.

Universidade de São Paulo

Profa. Thais Cristina Chaves, Dra.

Universidade de São Paulo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Ciências da Reabilitação.

Prof. Alessandro Haupenthal, Dr.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Alexandre Marcio Marcolino, Dr.

Orientador

Araranguá, 2020

À Deus!

Aos meus pais, por todo estímulo para estudar!

À minha filha, meu maior presente!

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui não foi nada fácil.

Ingressar no mestrado era um desejo antigo, mas que se tornou distante à medida que os anos passavam. Inicialmente por existir pouquíssimos cursos de pós-graduação *stricto sensu*. E quando havia, o trabalho, família, distância e custos eram impeditivos. Mas então surge a oportunidade em cursar o mestrado em Ciências da Reabilitação, área do conhecimento a qual minha profissão está intimamente inserida. E o melhor, aqui na região, e numa universidade pública, gratuita e de qualidade, uma conquista de todo povo brasileiro e que não podemos deixar ser aniquilada por movimentos anticidência.

Desta forma, se faz necessário prestar uma série de agradecimentos a quem esteve comigo nesta caminhada.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alexandre Marcio Marcolino, por me acolher como discente e orientando, e compreender minhas dificuldades e limitações no desafio de realizar esta pesquisa.

Ao Laboratório de Avaliação e Reabilitação do Aparelho Locomotor (LARAL), ao qual estou inserido, pela oportunidade de trocar experiências e aprender, tanto com professores como discentes da pós-graduação e graduação.

Aos colegas conviveram comigo neste período de mestrado. Que possamos manter nossa esperança numa sociedade que acredite cada vez mais na ciência.

Às Secretarias de Saúde de Araranguá/SC e Içara/SC, que permitiram e contribuíram na captação dos voluntários.

E por fim, meu agradecimento especial aos voluntários e voluntárias que atenderam o convite e participaram desta pesquisa, permitindo sua realização e, com o resultado alcançado, podem ter a certeza que a partir de agora este instrumento será utilizado para propiciar uma melhor avaliação e condução nos cuidados deste problema de saúde.

“Em algum lugar, algo incrível está esperando para ser descoberto”.

SAGAN, Carl

RESUMO

Introdução: A dor lombar crônica é uma das condições mais incapacitantes do mundo, independentemente da faixa etária, e vem aumentando na população mundial, sobretudo em países com baixa e média renda, ocasionando gastos expressivos nos sistemas de saúde. Intensidade da dor, amplitude de movimento articular e avaliação da força muscular ainda são os critérios mais utilizados para avaliação da evolução clínica destes pacientes. Os questionários para avaliação são importantes, mas tem seu uso desestimulado quando possuem perguntas e respostas fechadas e pelo tempo de preenchimento que se torna longo. O *Patient Specific Functional Scale – Brasil (PSFS-BR)*, é um questionário que permite, tanto ao clínico como ao paciente, perceber a evolução dos sintomas e funcionalidade a partir de exemplos de atividades relatadas pelo próprio paciente. Porém, é necessário verificar se há correlação entre os resultados da aplicação do PSFS-BR para pacientes com dor lombar crônica não específica, e assim saber se o construto apresenta validade e confiabilidade. **Objetivo:** Analisar a validade e a confiabilidade do PSFS – BR em pacientes com dor lombar crônica não específica. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, com amostra por conveniência, cujos participantes possuem diagnóstico de dor lombar crônica não específica, e ao serem entrevistados, responderam ao PSFS-BR e ao questionário referência para análise de capacidade funcional da coluna lombar *Oswestry Disability Index – Brasil 2.0 (ODI-Brasil)* em dois momentos, com um intervalo de uma semana entre eles. O Coeficiente de Correlação de *Pearson*, o alpha de *Cronbach* e o método *Intraclass Correlation Coefficient (ICC)* foram utilizados como métodos estatísticos para análise da validade de construto, de consistência interna e da confiabilidade teste–reteste, respectivamente, através do software IBM SPSS *Statistics 20.0*. **Resultados:** O PSFS-BR apresentou moderada e negativa correlação na análise da validade do construto ($r = - 0,691$), valores excelentes para consistência interna ($\alpha = 0,951$) e confiabilidade teste-reteste ($ICC = 0,978$) e concordância através do gráfico de Bland-Altman (0,125). **Conclusão:** A versão brasileira do PSFS é um instrumento válido e confiável para ser utilizado na avaliação e acompanhamento da evolução de pacientes com dor lombar crônica não específica.

Palavras-chave: Dor lombar, reabilitação, estudos de validação, funcional, autorrelato.

ABSTRACT

Introduction: Chronic low back pain is one of the most disabling conditions in the world, regardless of age group, and has been increasing in the world population, especially in countries with low and medium income, causing significant expenses in health systems. Pain intensity, range of motion and joint strength assessment are still the most used criteria for assessing the clinical evolution of these patients. Evaluation questionnaires are important, but their use is discouraged when they have closed questions and answers and because of the long completion time. The Patient Specific Functional Scale - Brazil (PSFS-BR), is a questionnaire that allows both the clinician and the patient to perceive the evolution of symptoms and functionality from examples of activities reported by the patient himself. However, it is necessary to verify if there is a correlation between the results of the application of the PSFS-BR for patients with chronic non-specific low back pain, and thus to know if the construct presents validity and reliability. **Objective:** To analyze the validity and reliability of PSFS - BR in patients with chronic non-specific low back pain. **Methods:** This is a methodological study, with a convenience sample, whose participants were diagnosed with chronic non-specific low back pain, and when interviewed, they answered the PSFS-BR and the reference questionnaire for the analysis of the functional capacity of the lumbar spine Oswestry Disability Index - Brasil 2.0 (ODI-Brasil) in two moments, with an interval of one week between them. Pearson's Correlation Coefficient, Cronbach's alpha and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) method were used as statistical methods to analyze construct validity, internal consistency and test-retest reliability, respectively, using the IBM SPSS Statistics software 20.0. **Results:** The PSFS-BR showed a moderate and negative correlation in the analysis of the construct validity ($r = - 0.691$), excellent values for internal consistency ($\alpha = 0.951$) and test-retest reliability ($ICC = 0.978$) and agreement through the graph of Bland-Altman (0.125). **Conclusion:** The Brazilian version of the PSFS is a valid and reliable instrument to be used in the evaluation and monitoring of the evolution of patients with chronic non-specific low back pain.

Keywords: Low back pain, rehabilitation, validation studies, functional, self-report.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representação do gráfico de dispersão da 1ª avaliação do PSFS.	34
Figura 2 Representação do gráfico de dispersão da 2ª avaliação do PSFS.	34
Figura 3 Representação do gráfico de Bland-Altman com os valores da 1ª e 2ª avaliação do PSFS.	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Definição dos termos das propriedades de medida conforme o COSMIN (<i>COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments</i>).....	27
Tabela 2 Descrição da amostra de participantes no primeiro encontro	32
Tabela 3 Descrição da amostra de participantes no segundo encontro	32
Tabela 4 Classificação da incapacidade – ODI-Br*	33
Tabela 5 <i>Intraclass Correlation Coefficient</i> (ICC) do PSFS-BR (n* = 90).....	35
Tabela 6 Confiabilidade teste-reteste do PSFS e versões traduzidas transculturalmente (valores de ICC*)	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	<i>Activity-specific Balance Confidence Scale</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CESPH-UFSC	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand
DP	Desvio-padrão
FRI	<i>Functional Rating Index</i>
HR-PROs	<i>Health-Related Patient-Reported Outcomes</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
LARAL	Laboratório de Reabilitação do Aparelho Locomotor
LEFS	<i>Lower Extremity Functional Scale</i>
NDI	<i>Neck Disability Index</i>
ODI	<i>The Oswestry Disability Index</i>
ODI-Brasil	<i>The Oswestry Disability Index – Brasil</i>
PDI	<i>Physical Disability Index</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSFS	<i>Patient-Specific Functional Scale</i>
PSFS-BR	<i>Patient-Specific Functional Scale – Brasil</i>
QBPDS	<i>Quebec Back Pain Disability Scale</i>
QuickDASH	<i>Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>
QuickDASH-Br	<i>Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - Brasil</i>
RMDQ	<i>Roland-Morris Disability Questionnaire</i>
SBED	Sociedade Brasileira para Estudos da Dor
SF-12	<i>Medical Outcomes Study 12 Item Short Form Health Survey</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey</i>

SPPB	<i>Short Physical Performance Battery</i>
SBST	The STarT Back Screening Tool
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	JUSTIFICATIVA	17
1.2	HIPÓTESES	17
1.3	OBJETIVOS	18
1.3.1	Objetivo Geral	18
1.3.2	Objetivos Específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	DOR LOMBAR CRÔNICA.....	19
2.2	QUESTIONÁRIOS	22
2.2.1	Oswestry Disability Index	22
2.2.2	Patience-Specific Functional Scale.....	23
3	MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1	LOCAL DO ESTUDO	28
3.2	PARTICIPANTES.....	28
3.2.1	Participantes do estudo	28
3.2.2	Crterios de incluso e exclusão	28
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	29
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	29
3.4.1	Validade de Construto	30
3.4.2	Confiabilidade.....	30
4	RESULTADOS	32
4.1	Propriedades de medida do PSFS-BR para pacientes com dor lombar não específica ..	32
4.2	Validade do construto	33
4.3	Consistência Interna.....	35
4.4	Confiabilidade teste-reteste	35

5	DISCUSSÃO	37
5.1	Validade do construto	37
5.2	Consistência Interna.....	38
5.3	Confiabilidade.....	39
6	CONCLUSÃO.....	42
	REFERÊNCIAS.....	43
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	49
	ANEXO A – Oswestry Disability Index 2.0 - 1ª Avaliação	53
	ANEXO B - Questionário Patient Specific Functional Scale – BRASIL (PSFS-BR) – 1ª Avaliação	55
	ANEXO C - Oswestry Disability Index 2.0 – 2ª Avaliação	57
	ANEXO D - Questionário Patient Specific Functional Scale – BRASIL (PSFS-BR) – 2ª Avaliação	59

1 INTRODUÇÃO

Com uma prevalência pontual de 7,3% e atingindo cerca de 540 milhões de pessoas independente de faixa etária segundo a Global Burden of Disease, Injury Incidence, Prevalence Collaborators (2016), a dor lombar é uma das condições incapacitantes mais comuns do mundo (VOS, FLAXMAN, NAGHAVI, et al., 2012), e calcula-se que aproximadamente 70 a 85% da população ocidental desenvolverá dor lombar pelo menos uma vez durante sua vida (ANDERSSON, 1999).

Os índices da dor lombar crescem junto com o aumento e envelhecimento da população mundial, sobretudo em países de baixa e média renda, com escassez de recursos adequados para resolução deste problema (BUCHBINDER et al., 2018). Entre 1990 e 2015, os anos vividos com incapacidade devido à dor lombar aumentaram cerca de 54% (HARTVIGSEN et al., 2018).

A maior parte das pessoas acometidas com dor lombar apresenta rápida recuperação, porém, a recorrência é comum, sendo que numa parcela destes pacientes a dor lombar se torna persistente e incapacitante, e de acordo com Oliveira et al. (2013), isto afeta sobretudo os adultos economicamente ativos, reduzindo a capacidade funcional, e por consequência, afetando a qualidade de vida desta parcela da população.

A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) consiste num sistema de classificação de funcionalidade e incapacidade humana, que leva em consideração a influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e seus impactos, que podem ser tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social. A partir deste sistema consegue-se identificar quais são as capacidades e limitações presentes na condição de saúde dos indivíduos, e a partir de então, desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente. Norteados por esse modelo, é possível identificar as capacidades e as limitações nos três níveis que envolvem a saúde e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente (ÜSTÜN et al., 2003).

Apesar da utilização de modalidades terapêuticas amparadas pela prática baseada em evidências, associada aos recentes estudos sobre os mecanismos centrais de modulação da dor e análise da influência dos fatores psicossociais, o número de pessoas com incapacidade funcional em decorrência de dor lombar persistente vem aumentando. Talvez porque ainda a atenção dos profissionais, como afirma Nicholas et al. (2012), esteja voltada a utilização de

medidas como amplitude de movimento articular e a força muscular como critérios de avaliação e acompanhamento da evolução e alta do paciente.

Questionários de avaliação voltados a análise da funcionalidade de pessoas acometidas por distúrbios musculoesqueléticos, incluindo as lombalgias crônicas, são utilizadas por clínicos. Entretanto, estes questionários apresentam exemplos pré-definidos, fechados, não permitindo ao paciente apresentar outras tarefas e/ou atividades senão aquelas existentes no questionário. Aliado a isso, a maioria dos questionários são longos, demandando tempo para seu preenchimento, servindo como justificativa para sua não utilização por parte dos clínicos.

O questionário *Patient-Specific Functional Scale* (PSFS) foi criado para permitir que o paciente identificasse atividades que devido à sua condição clínica são de difícil execução, e ao mesmo tempo, quantificar o nível desta dificuldade (NOVAK et al., 2013). Conforme Stratford et al. (1995), em seu artigo original, o PSFS deve ser de fácil aplicação, eficiente, confiável, válido e capaz de avaliar mudanças na recuperação da funcionalidade do indivíduo. Por se tratar de um questionário de autorrelato, os pacientes informam suas atividades ou tarefas cujas execuções encontram-se dificultadas devido a condição musculoesquelética atual, devendo ser aplicado ao paciente na avaliação inicial e ao final do tratamento, sendo uma medida para avaliar as mudanças ao longo do tempo e não como uma medida de deficiência (NICHOLAS et al., 2012). Vários estudos apontaram que o PSFS apresenta validade, confiabilidade e capacidade de resposta para várias condições musculoesqueléticas (WESTAWAY et al., 1998; NOVAK et al., 2013).

Para estabelecer a validade de construto, geram-se hipóteses que posteriormente são testadas com o objetivo de confirmar a validade do instrumento, e quanto mais evidências, mais válida é a interpretação dos resultados (LAMPREA e GÓMEZ-RESTREPO, 2007). Um conjunto de variáveis realmente representa o construto a ser medido quando estes dados são confirmados através de testes estatísticos (MARTINS, 2006).

A confiabilidade é capacidade do instrumento reproduzir um resultado de forma consistente, seja no tempo como no espaço, ou quando aplicado de forma correta por observadores diferentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), sendo estimada através de sua consistência interna e confiabilidade teste-reteste (DE VET et al. 2011).

Costa et al. (2008) realizaram a tradução e adaptação transcultural do PSFS para português brasileiro e realizou uma comparação direta das propriedades clinométricas das versões em português brasileiro do PSFS, do *Roland Morris Disability Questionnaire*

(RMDQ) e do *Functional Rating Index* (FRI), especificamente para pacientes com dor lombar aguda.

Recentemente o PSFS foi traduzido e transculturalmente adaptado, mostrando-se confiável para a aplicação na população brasileira com disfunções do membro superior (BALBI et al., 2019), possibilitando a realização de estudos que permitam seu uso em análises de confiabilidade e validade em pacientes que apresentem disfunções musculoesqueléticas, como a dor lombar crônica, que é a disfunção de maior prevalência trazendo alto grau de incapacidade aos pacientes, torna-se importante a utilização da PSFS-BR para avaliar os pacientes com dor lombar crônica.

1.1 JUSTIFICATIVA

A limitação funcional presente nos pacientes com dor lombar resulta em incapacidade, redução da produtividade, impacto econômico e gastos dos sistemas de saúde (HARTVIGSEN, et al., 2018; FOSTER et al., 2018;), sendo necessário estabelecer medidas de avaliação que permitam mensurar o nível de capacidade funcional e acompanhar a evolução do quadro, tanto para pesquisadores, clínicos e pacientes.

O PSFS-BR é um instrumento de avaliação que permitirá estabelecer, através da sua validade e confiabilidade, de forma bastante simples e rápida, com fácil aplicação e entendimento, por se tratar de autorrelato, uma real percepção por parte do paciente quanto à sua funcionalidade, tanto no período pré-lesão, durante o tratamento e como critério de alta.

1.2 HIPÓTESES

H0: os resultados obtidos através da aplicação do PSFS-BR para pacientes com dor lombar crônica não específica não apresentam correlação estatística, e desta forma não se encontra validade e confiabilidade do construto.

H1: há correlação entre os resultados da aplicação do PSFS-BR para pacientes com dor lombar crônica não específica, e desta forma, o construto apresenta validade e confiabilidade.

1.3 OBJETIVOS

Nas seções abaixo estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação.

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a validade e a confiabilidade do PSFS – BR em pacientes com dor lombar crônica não específica.

1.3.2 Objetivos Específicos

Avaliar a validade de construto do PSFS-BR para pacientes com dor lombar crônica não específica.

Avaliar a confiabilidade (teste-reteste) do PSFS-BR para pacientes com dor lombar crônica não específica.

Avaliar a consistência interna do PSFS-BR para pacientes com dor lombar crônica não específica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente sessão apresenta a revisão de literatura dessa dissertação.

2.1 DOR LOMBAR CRÔNICA

Conforme recente atualização da *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor foi definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA, 2020), e traduzida pela Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED), acompanhada por notas explicativas (DESANTANA et al., 2020). Esta definição incluiu os componentes sensoriais, emocionais anteriormente propostos por Willians e Craig (2016), mas deixou de abordar explicitamente os fatores cognitivos e sociais.

A dor lombar crônica ou persistente, considerada um sintoma e tipicamente localizada entre as margens das últimas costelas e a prega glútea, com história de dor que dura quase todos os dias durante pelo menos 3 meses (SHMAGEL et al., 2016), continua sendo uma condição onerosa e dispendiosa para vários sistemas de saúde, tanto públicos como privados, pois afeta um grande número de pessoas ao redor do mundo.

Mesmo sendo objeto de inúmeros estudos e ocorrendo avanços no seu manejo, a incidência de dor lombar segue em franco crescimento. É incomum nos primeiros dez anos de vida, mas tem sido percebido aumento acentuado durante a adolescência, afetando cerca de 40% dos jovens entre 9 e 18 anos. A maioria dos adultos terá dor nas costas em algum momento, sendo que a prevalência anual é de 37% com pico na meia-idade, sendo mais comumente encontrada no gênero feminino. A prevalência de dor lombar aumenta com a idade quando acompanhada de limitação da atividade.

Quanto maior a renda média do país, maiores são os índices de prevalência de dor lombar, entretanto, não se encontra diferença entre populações urbanas e rurais (HARTVIGSEN, et al., 2018).

Em 2007, os custos para dor lombar crônica representaram 0,6% do produto interno bruto na Holanda (LAMBEEK et al., 2011). Na Alemanha, indivíduos com dor lombar representaram 75% de absenteísmo, com custos de tratamento na ordem de 7 mil euros por pessoa (JUNIPER et al., 2009). Nos Estados Unidos, a *National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2010* verificou que os pacientes com dor lombar crônica são

desfavorecidos socioeconomicamente, realizaram mais de 10 consultas em centros de saúde, são mais frequentemente cobertos pelo seguro saúde, além de apresentarem com maior frequência diagnósticos de depressão e distúrbio do sono (SHMAGEL et al., 2016).

Palazzo et al. (2019), ao analisar os dados encontrados no *Disability Health Survey 2008-2009* na França, verificou que doenças crônicas da coluna vertebral, dentre outras, contribuíram para gerar incapacidade, principalmente em grupos com menor escolaridade e desfavorecidos social e economicamente.

Steel et al. (2018) realizou uma análise sistemática do *Global Burden of Disease, Injury Incidence, Prevalence Collaborators*, verificando que as principais causas de problemas de saúde (medidos através de anos vividos com incapacidade) no Reino Unido em 2016 foram lombalgia e dor cervical, além das doenças cutâneas e subcutâneas, enxaqueca, transtornos depressivos e doenças dos órgãos dos sentidos.

Jackson et al. (2016), após analisar estudos sobre prevalência de dor lombar em 28 países dos continentes africano, asiático e sul-americano, constatou que a dor lombar foi 2,5 vezes mais prevalente entre trabalhadores em relação aos que não exercem atividade laboral.

O aumento no percentual de indivíduos afetados com dor crônica na coluna vertebral no Brasil vem ganhando relevância epidemiológica. Em 2003, conforme dados obtidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cerca de 13,2% da população adulta indicaram este acometimento (BARROS et al., 2006), com uma pequena elevação (13,5%) na PNAD 2008, indicando que as dores crônicas da coluna, e neste conceito estão incluídos os segmentos cervical, torácico, lombar e pélvico, eram a segunda condição de saúde mais prevalente do Brasil, superado apenas pelos casos de hipertensão arterial, com 14%, conforme Costa e Nascimento (2015). Porém, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 apresentou uma prevalência de dor crônica na coluna maior do que as estimadas pelas PNAD 2003 e 2008, onde 18,5% dos indivíduos pesquisados, ou seja, quase um quinto da população brasileira, referiram dor crônica na coluna (Malta et al. 2017)

Percentual semelhante ao encontrado por Santos et al. (2017), onde cerca de 19% da população adulta brasileira relatam dor crônica na coluna, com maior prevalência nos indivíduos com idade superior a 60 anos, sendo a região sul do país a que apresenta maiores índices.

Mesmo com estes índices, ainda não há dados precisos sobre a prevalência de dor lombar no Brasil, mas sabe-se que a dor lombar é uma condição que pode atingir, anualmente, mais de 50% da população adulta (NEVES et al., 2018).

Segundo Costa e Nascimento (2015), por não ser possível identificar a fonte nociceptiva da dor, cerca de 95% dos casos de dor lombar são consideradas não específicas, possuindo caráter multifatorial, sendo o sedentarismo um dos preditores. Numa menor proporção estão os casos considerados específicos, ou seja, a dor possui relação com doença grave (p. ex. neoplasia, fratura vertebral, processo infeccioso ou distúrbios inflamatórios) e requerem tratamento específico para a causa da dor (HARTVIGSEN et al., 2018).

Indivíduos com sintomas musculoesqueléticos e comorbidades concomitantes tendem a apresentar pior estado funcional, pior prognóstico e respondem menos favoravelmente ao tratamento, quando comparadas com pessoas com dor e comorbidades isoladas. Evidências também sugerem que indivíduos com lombalgia e que apresentam dor em outros segmentos possuem maior redução da sua funcionalidade, tanto física como e mental, independentemente da localização da dor. Desta forma, muitas das pessoas que convivem com dor lombar possuem diversos problemas relacionados com fatores psicológicos, sociais e biofísicos, cujo processamento da dor têm forte impacto na experiência da dor e na redução da capacidade funcional (HARTVIGSEN et al., 2013).

Mesmo se tratando de estruturas e tecidos altamente inervados e passíveis de produzir dor quando estimulados, os testes clínicos não são capazes de identificar com precisão que a dor tenha origem nesses tecidos. Conforme Brinjikji et al. (2015), achados em exames de imagem (radiografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética) são comuns tanto em pessoas com dor lombar como em indivíduos assintomáticos, principalmente em pessoas com menos de 50 anos de idade, resultando em debate sobre a importância e necessidade de solicitar estes exames para o diagnóstico.

Maher et al. (2017) considera que cerca de 90% dos pacientes com dor lombar crônica podem ter suas causas patoanatômicas detectadas, mas apesar de não haver mais dano tecidual. Parte destes pacientes adotam estratégias de evitação do movimento que resultam em má adaptação (HODGES e SMEETS, 2015), e por consequência, enrijecimento e redução da amplitude de movimento da coluna lombar durante movimentos ativos (O'SULLIVAN, 2005).

E recentemente, uma meta-análise indicou quais modalidades de exercícios seriam mais efetivas no tratamento da dor lombar crônica, confirmando o clínico utilizar estes recursos para aumentar a funcionalidade, força muscular e saúde mental, além de reduzir a dor (OWEN et al., 2019).

2.2 QUESTIONÁRIOS

Os questionários, também chamados de instrumentos, são usados tanto em pesquisas como no dia a dia dos consultórios, e auxiliam na avaliação das condições de saúde e planejamento terapêutico, sendo classificados nas categorias genéricos, específicos e individualizados.

Quando se deseja avaliar a funcionalidade e a qualidade de vida de uma população composta por indivíduos que apresentam condições de saúde e quadros de doenças de grande espectro, utiliza-se os instrumentos genéricos. Um dos maiores exemplos é o *Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey* (SF-36), além da sua versão reduzida, o *Medical Outcomes Study 12 – Item Short Form Health Survey* (SF-12). Outro exemplo de instrumento genérico é o *World Health Organization Quality of Life Assessement* (WHOQOL) e suas versões.

A segunda categoria, os questionários ou instrumentos específicos, são utilizados para avaliar o tamanho do efeito de intervenções terapêuticas em doenças específicas, segmentos corporais ou mesmo articulações. Entre os exemplos destes questionários, especificamente para a região lombar, estão o *The Oswestry Disability Index* (ODI), *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) e *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS).

Por fim, temos a categoria individual, e como o nome diz, estes instrumentos permitem obter medidas específicas de cada indivíduo analisado, tornando a avaliação única e própria. As questões são, ao contrário dos outros instrumentos mencionados, baseadas em questões abertas e não pré-definidas, possibilitando o acompanhamento individualizado das suas condições de saúde. Como exemplos desta categoria temos o *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL), o *Patient Generated Index* (PGI) e o *Patient Specific Functional Scale* (PSFS), objeto do presente estudo.

2.2.1 Oswestry Disability Index

Conforme descrição de Fairbank e Pynsent (2000), a Escala de Oswestry 2.0 [The Oswestry Disability Index (ODI) 2.0] é um instrumento recomendado para a avaliação das desordens da coluna, sendo publicado pela primeira vez há quase 40 anos (FAIRBANK et al., 1980), na sua versão 1.0.

ODI é considerado um método eficaz para mensurar incapacidade em pacientes com dor lombar, alto grau de severidade e diferentes causas. É um instrumento ordinal, que inclui 10 critérios com seis alternativas de resposta para cada critério.

Segundo Roland & Fairbank (2000), a primeira seção classifica a intensidade da dor, enquanto as demais analisam como a dor pode estar afetando o indivíduo em suas atividades diárias: cuidados pessoais (lavar, vestir, etc.), levantamento de objetos, andar, permanecer sentado, permanecer em pé, sono, vida sexual, social vida e viajar (Quadro 1). Cada quesito é graduado de 0 (zero), que representa função normal, a 5 (cinco), que indica a maior alteração funcional possível. A soma dos 10 quesitos divididos por cinco e multiplicados pelo número de questões respondidas, e multiplicando tudo por 100, constitui o ODI. A soma dos critérios varia de 0 a 100, sendo a função normal graduada como 0 (zero) e 100 indicando incapacidade funcional máxima. ODI é classificado em incapacidade mínima (0 – 20% - condição na qual o indivíduo pode realizar a maior parte das atividades diárias), incapacidade moderada (21- 40% - presença de dor e dificuldade em movimentos como sentar e levantar, atividades como viajar e a vida social estão prejudicadas e podem estar com limitação para atividades laborais), incapacidade severa (41 – 60% - a dor é o principal problema neste grupo, mas atividades da vida diária estão afetadas), incapacidade funcional (61 – 80% - a dor interfere com todos os aspectos da vida do paciente), e indivíduo restrito ao leito (81 – 100% - pacientes acamados ou exagerando seus sintomas).

Vigatto et al. (2007) desenvolveram a versão brasileira do ODI através da sua adaptação transcultural, sendo a sua confiabilidade avaliada por meio de consistência interna, com um α de Cronbach = 0,87 e de estabilidade (teste-reteste) com 0,99. Quando a validade do instrumento foi avaliada, o Oswestry Disability Index – Brasil (ODI-Brasil) foi demonstrado ter uma correlação de 0,81 com o Questionário Roland-Morris e uma correlação de 0,66 com uma Escala de Dor Numérica. As dimensões do SF-36 que apresentaram as maiores correlações com o ODI-Brasil foram o funcionamento físico ($r = 0,83$), dor ($r = 0,58$) e aspectos técnicos ($r = 0,53$). Estes dados mostraram que de adaptação transcultural foi bem-sucedido, e que a adaptação do instrumento apresentou excelentes propriedades métricas, sendo confiável para sua utilização no Brasil.

2.2.2 Patient-Specific Functional Scale

Tradicionalmente, o método de avaliação de pacientes com lesões musculoesqueléticas envolve a anamnese e o exame físico, que inclui testes de força muscular e mobilidade articular, além da avaliação de exames de imagem, buscando correlacionar a queixa com possíveis alterações estruturais. Porém, nos últimos anos tem se verificado a utilização de questionários ou escalas como instrumentos de avaliação, cujo objetivo é coletar informações de importantes desfechos clínicos, tais como a intensidade da dor, qualidade de vida, expectativa e satisfação com o tratamento, além da avaliação da presença de incapacidade para realizar atividades diárias.

Existem vários instrumentos validados para serem utilizados na avaliação do paciente, incluindo questionários e escalas específicas para distúrbios musculoesqueléticos da coluna lombar. Entretanto, a maior parte destes instrumentos é apresentada ao paciente com questões fechadas, pré-definidas, não permitindo que ele apresente outra situação senão aquela descrita no texto, que poderá ser ou não adequada à situação vivenciada pelo paciente e que interfere diretamente na sua funcionalidade.

Instrumentos de avaliação complexos resultam em aumento do tempo para o seu preenchimento e apesar da sua grande importância, acabam resultando no abandono da sua utilização como ferramenta pelos clínicos.

Stratford et al. (1995) realizou estudo visando construir uma medida padronizada afim de permitir que os próprios pacientes elegeassem e registrassem seus problemas relacionados a condição musculoesquelética. Conforme o autor, o questionário deve ser aplicável a muitas apresentações clínicas, ser eficiente, de fácil administração, registro, ser confiável, válido e possibilitar uma comparação do nível de atividade especificado pelo paciente a qualquer momento em relação ao estado pré-lesão e incapacidade. De acordo com Cleland et al. (2006), o PSFS foi desenvolvido para fornecer uma medida que permita avaliar o comprometimento funcional do paciente a partir de atividade ou tarefas, selecionadas pelo próprio paciente, através de uma escala numérica.

Os pacientes informam de três a cinco atividades ou tarefas cuja execução apresenta algum nível de dificuldade decorrente da situação musculoesquelética do momento da avaliação. Posteriormente, os pacientes graduam cada uma das atividades elencadas, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 significa “incapacidade de realizar a atividade” e 10 significa “capaz de realizar a atividade no mesmo nível que antes da lesão ou problema”.

Ao investigar se os itens do PSFS relatados pelos pacientes refletem os domínios da CIF, Fairbairn et al. (2012) encontraram que os componentes de atividade estavam em 80,0%

dos itens, componentes da CIF mais representados foram atividade (80,0%), participação (7,7%), deficiência (7,4%) e uma combinação entre atividade e participação (4,9%).

O PSFS é aplicado na avaliação inicial e ao final do tratamento, sendo uma medida para avaliar as mudanças ao longo do tempo e não como uma medida de deficiência (NICHOLAS *et al.*, 2012).

Boa validade, confiabilidade e responsividade foram relatados em estudos realizados com pacientes com dor cervical (WESTAWAY *et al.*, 1998), radiculopatia com origem cervical (CLELAND *et al.*, 2006), síndrome do túnel do carpo e contratura em dedos (MCMILLAN e BINHAMMER, 2009), dor lombar (PENGEL, REFSHAUGE e MAHER, 2004; STRATFORD, 1995), e patologias que envolviam a mão (NOVAK *et al.*, 2013).

Horn *et al.* (2012) realizaram uma revisão sistemática com 66 estudos que preencheram os critérios de inclusão. Deste total de estudos, 13 relatavam a mensuração de propriedades do PSFS, 55 implementavam o PSFS como medida de resultado, e 2 estudos faziam ambas as ações. O PSFS foi relatado como válido, confiável, e responsivo em populações com disfunção do joelho, radiculopatia cervical, dor lombar aguda, dor lombar de origem mecânica e disfunção cervical. Foi considerado confiável e responsivo em populações com dor lombar crônica; e relatado como válido, confiável ou responsivo em indivíduos com um número limitado de condições agudas, subagudas e crônicas. Esta revisão descobriu que está aumentando a utilização do PSFS na prática clínica do fisioterapeuta como uma medida de resultado, porém existem lacunas na literatura para muitas outras condições, sendo necessário novos estudos que analisem sua validade, confiabilidade e responsividade.

A versão brasileira do PSFS, quando comparada com as versões em português do RMDQ e do FRI para avaliar pacientes com dor lombar aguda, apresentou medidas que demonstraram altos níveis de consistência interna e reprodutibilidade, sendo consistentemente mais responsivo do que as outras medidas nas análises de responsividade interna e de responsividade externa, concluindo-se que PSFS, RMDQ e FRI possuem propriedades clinimétricas semelhantes (COSTA *et al.*, 2008).

O PSFS-BR mostrou-se confiável para ser aplicado em pacientes com disfunções do membro superior (BALBI *et al.*, 2019).

Nos últimos anos, vários estudos têm usado o PSFS como medida de desfecho. Griswold *et al.* (2018) realizaram ensaio clínico randomizado multicêntrico comparou a eficácia da manipulação com e sem thrust para dor cervical mecânica, utilizando o PSFS como desfecho secundário, concluindo que não houve diferença entre os grupos. Outro ensaio

clínico randomizado utilizou o PSFS foi utilizado como medida de desfecho para examinar os efeitos intra e entre grupos da utilização da técnica *dry needling* com e sem manipulação da agulha, para pacientes com dor lombar específica, sendo encontrado efeitos significativos intra grupo (GRISWOLD et al., 2019).

O PSFS também foi utilizado em estudo de coorte prospectivo com objetivo de determinar os preditores de mudança na deficiência em pessoas com lombalgia crônica após um programa de exercícios baseados em Pilates (BAILLIE et al., 2019).

Aikhadhrawi e Alshami (2019) definiram o PSFS como um dos desfechos primários para investigar os efeitos da ventosaterapia nos pontos-gatilho miofasciais do músculo da panturrilha na dor e função em pacientes com dor plantar no calcanhar em ensaio clínico randomizado que incluiu setenta e um pacientes divididos aleatoriamente em grupo de intervenção ou grupo controle, que realizaram exercícios de alongamento da musculatura da panturrilha e fâscia plantar e exercícios de dorsiflexão do tornozelo, sendo incluída a ventosaterapia ao grupo intervenção.

Santa Barbara e colaboradores (2020) realizaram estudo de coorte retrospectivo em pacientes encaminhados ao programa musculoesquelético interdisciplinar envolvendo fisioterapia, anestesia da dor, nutrição, psicologia, reumatologia, medicina do sono, enfermagem e fisioterapia, com pelo menos uma consulta de acompanhamento por um período de 2 anos. Foi encontrada melhora clínica significativa no PSFS total em cerca de 24% dos cento e setenta e três pacientes incluídos no estudo.

Para desenvolver opções de resposta verbal para o PSFS, Pathak et al. (2020) testaram o instrumento em país multilíngue com baixo nível de alfabetização, no caso o Nepal. Foram entrevistados 42 indivíduos com doenças musculoesqueléticas, neurológicas e cardiopulmonares para entender como as pessoas descrevem os diversos níveis de capacidade física. Suas respostas foram transcritas e analisadas por temas, sendo desenvolvido dois conjuntos de respostas verbais ao PSFS. Posteriormente, estas escalas foram pré-testadas em outros cento e dezenove indivíduos, que indicaram sua escala preferidas. Foram verificadas maiores taxas de erros em indivíduos com maior idade, menos anos de estudo e falta de experiência com escalas numéricas.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico para validação do questionário Patient-Specific Functional Scale – Brasil (PSFS-BR) como instrumento de avaliação para população com dor lombar crônica não específica, através da análise das propriedades clinimétricas: validade de construto, consistência interna e confiabilidade teste-reteste.

Para a avaliação deste estudo utilizou-se a iniciativa COSMIN (*COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments*), desenvolvido por um grupo de pesquisadores com a colaboração de especialistas de áreas relevantes tais como epidemiologia, estatística, psicologia e medicina clínica, a partir do estudo internacional com metodologia Delphi, e que possui como objetivos chegar a um consenso a respeito das propriedades de medida que deveriam ou devem ser avaliadas, bem como suas normas para o desenho de estudo e sua análise estatística, e definir instrumentos onde a medida de algum aspecto da saúde é avaliada pelo próprio paciente. O foco do desenvolvimento do COSMIN foi a avaliação da qualidade metodológica de estudos de instrumentos *Health-Related Patient-Reported Outcomes* (HR-PROs), e cujas definições para domínios e propriedades de medida deste estudo estão descritas na tabela 1 (MOKKINK et. al, 2010):

Tabela 1 Definição dos termos das propriedades de medida conforme o COSMIN (*COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments*)

Domínio	Propriedades de Medida	Definição
Confiabilidade		A extensão em que os escores se mantêm em medidas repetidas para os pacientes que não apresentaram mudanças quando: a) há diferentes configurações de itens para a mesma variável (consistência interna); b) em determinado intervalo de tempo (teste-reteste) e realizado por interexaminador (diferentes pessoas na mesma ocasião) ou intraexaminador (mesma pessoa diferentes ocasiões, podendo ser o avaliador ou respondedor).
Validade		O quanto uma ferramenta que avalia variáveis relacionadas à saúde baseada em autorrelato mensura um construto que ela se propõe mensurar.
	Consistência interna	O grau de inter-relacionamento entre os itens do instrumento.
	Confiabilidade	A variação da proporção total das medidas que ocorrem devido às diferenças reais entre pacientes.
	Validade de Construto	O quanto os escores de uma ferramenta que avalia variáveis relacionadas à saúde baseada no autorrelato são consistentes com a hipótese considerando relações internas, relações com pontuações de outras ferramentas ou diferenças relevantes entre grupos, e

baseando-se na premissa que esta ferramenta é válida para medir o construto a ser mensurado.

MOKKINK LB et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*; 2010.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em municípios das Mesorregiões Extremo Sul, onde está localizado o Campus Araranguá da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Laboratório de Reabilitação do Aparelho Locomotor (LARAL), e Carbonífera, ambas localizadas no sul de Santa Catarina, e com população de 199.374 e 430.202 habitantes, respectivamente, segundo IBGE (2018).

3.2 PARTICIPANTES

Serão descritos os critérios de participação do estudo.

3.2.1 Participantes do estudo

Participaram voluntários com dor lombar crônica não específica, independente de sexo, com idade superior a 18 anos, que exercem qualquer atividade laboral, recrutados nas secretarias de saúde dos municípios de Araranguá e Içara, e através de divulgação via rádio e mídias eletrônicas nas mesorregiões Extremo Sul e Carbonífera.

Conforme descrito por Terwee et al. (2007) no relatório “*Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires*”, são necessários pelo menos 50 participantes que apresentem queixa de dor lombar crônica para responderem aos questionários de autorrelato PSFS-BR e ODI-Brasil apresentados pelo pesquisador.

3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os indivíduos maiores de 18 anos, independente do gênero, com queixa de dor lombar há mais de 03 meses.

Foram excluídos deste estudo os indivíduos que deixarem de participar de uma das etapas de coleta de dados, apresentarem diagnóstico de causas específicas para dor lombar,

tais como fraturas vertebrais, desordens inflamatórias (p. ex. espondiloartrite axial), malignidade, infecções e causas intra-abdominais, ou cirurgia prévia na coluna vertebral e/ou membro inferior com data inferior a 1 ano.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As entrevistas dos voluntários recrutados junto às Secretarias Municipais de Saúde de Araranguá e Içara ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) destes municípios, contando com o apoio da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do território de residência dos participantes. Os voluntários, recrutados através de divulgação via rádio e mídias eletrônicas nas mesorregiões Extremo Sul e Carbonífera, foram entrevistados em suas residências ou em seus locais de trabalho, conforme disponibilidade e facilidade.

Tanto as entrevistas nas UBS como nas residências ou local de trabalho dos voluntários foram realizadas em dois momentos distintos e com intervalo de uma semana para reprodutibilidade. Todos os participantes foram orientados sobre a participação voluntária, receberam uma breve explicação sobre o estudo e foram conduzidos para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob parecer nº 3.646.414. Na sequência foram entregues os questionários PSFS-BR (Anexo A) e ODI-Brasil (Anexo B) para cada participante, sendo devolvidos após o preenchimento.

No segundo encontro, realizado uma semana após, foram entregues novamente os questionários PSFS-BR (Anexo C) e ODI-Brasil (Anexo D) para cada participante, e após seu preenchimento, fizeram a devolução ao pesquisador. Tanto no primeiro como no segundo encontro, os participantes tiveram o tempo que julgaram necessário para completar o preenchimento dos questionários.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados através do software IBM SPSS Statistics 20.0, utilizando-se os métodos: Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) para validade do construto, *alpha de Cronbach* para consistência interna e *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) para confiabilidade teste-reteste.

Para o nível de significância foi estipulado $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

3.4.1 Validade de Construto

A validade de construto do PSFS-BR foi estabelecida a partir da comparação deste instrumento com outro que possui similaridade de construtos, no caso, o *Oswestry Disability Index - Brasil* (ODI-Brasil).

Após os testes de normalidade dos dados pelo teste de Kolgomorov-Smirnov, a comparação foi analisada por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r), que pode variar de -1 a 1. Segundo Pagano e Gauvreau (2004), quanto mais próximos de -1, maior a correlação negativa ou inversa, enquanto valores mais próximos de 1 indicam máxima correlação entre as variáveis analisadas. Conforme o resultado encontrado, a correlação foi classificada como inexistente para r igual a zero, fraca para r entre 0,10 e 0,30, moderado para r entre 0,4 e 0,6 e forte para r entre 0,7 e 1 (DANCEY e REIDY, 2006).

3.4.2 Confiabilidade

A consistência interna é uma medida de coerência na escala, sendo definida como o grau de interrelação entre os itens que compõe um questionário. Para sua análise, utiliza-se normalmente o índice alpha de *Cronbach*. Não há consenso acerca do valor deste coeficiente na interpretação da confiabilidade de um questionário (HORA et al., 2010). Porém, o limite inferior geralmente aceito para o alpha de *Cronbach* é de 0,7. Bland e Altman (1997) sugerem como satisfatórios valores de 0,7 a 0,8 para comparação entre grupos, porém com a ressalva de que para aplicações clínicas (área médica) valores maiores são necessários, sendo um mínimo de 0,9 ou até 0,95, desejáveis.

A confiabilidade teste-reteste analisa se os resultados obtidos podem ser repetidos em indivíduos clinicamente estáveis e no espaço de tempo determinado no desenho do estudo, sendo verificada através do ICC (DE VET et al., 2011), cujos valores podem ser interpretados como pobre quando o resultado for inferior à 0,40, moderado entre 0,40 e 0,75 e excelente quando superior à 0,75 (FLEISS; LEVIN; PAIK, 2003).

O cálculo do ICC foi realizado a partir da pontuação do PSFS-BR obtida no primeiro e segundo encontros, havendo o intervalo de sete dias entre ambos.

Para a verificação de erros sistemáticos entre os escores médios e a concordância, utilizou-se a análise visual através do gráfico de Bland-Altman (DE VET et al., 2011).

4 RESULTADOS

As subseções abaixo descrevem os resultados da presente dissertação.

4.1 PROPRIEDADES DE MEDIDA DO PSFS-BR PARA PACIENTES COM DOR LOMBAR NÃO ESPECÍFICA

Apesar do “*Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires*” indicar a necessidade de pelo menos 50 participantes para estatisticamente ser possível realizar estudo metodológico para avaliação das propriedades de medida de um instrumento (TERWEE et al., 2007), preferiu-se ampliar esta quantidade para pelo menos 100 participantes.

Compareceram ao primeiro encontro 102 participantes, mas houve a desistência de um indivíduo após a leitura do TCLE, sendo, portanto, excluído do estudo. Restaram, portanto 101 participantes, sendo 18,8% do gênero masculino e 81,2% do gênero feminino, com média de idade em 48,49 anos (DP 13,368).

Tabela 2 Descrição da amostra de participantes no primeiro encontro

Amostra	n* = 101
Idade	48,49 (DP* 12,368)
Gênero	19 homens / 82 mulheres

*n = número da amostra; DP = desvio-padrão.
Fonte: Autor, 2020.

No segundo encontro participaram 90 voluntários, e suas respostas aos questionários foram utilizadas para a análise das propriedades. A maioria entre os 11 faltantes eram do gênero masculino (63,63%).

Tabela 3 Descrição da amostra de participantes no segundo encontro

Amostra	n* = 90
Idade	47,73 (DP* 12,878)
Gênero	12 homens / 78 mulheres

*n = número da amostra; DP = desvio-padrão.
Fonte: Autor, 2020.

De acordo com o escore do ODI-Br encontrado na avaliação, o indivíduo pode ser classificado em incapacidade mínima, incapacidade moderada, incapacidade severa, paciente que se apresenta inválido e indivíduo aleijado ou restrito ao leito. A Tabela 4 apresenta os resultados das coletas realizadas no primeiro e segundo encontros, com suas respectivas amostras.

Tabela 4 Classificação da incapacidade – ODI-Br*

ODI-Br classificação da incapacidade	1º encontro n* = 101 %	2º encontro n* = 90 %
Mínima	38,6	46,66
Moderada	41,6	44,44
Severa	13,85	4,45
Funcional	5,95	4,45
Restrito ao leito	0	0

*ODI – Br: *Oswestry Disability Index* – Brasil; n = número da amostra.
Fonte: Autor, 2020.

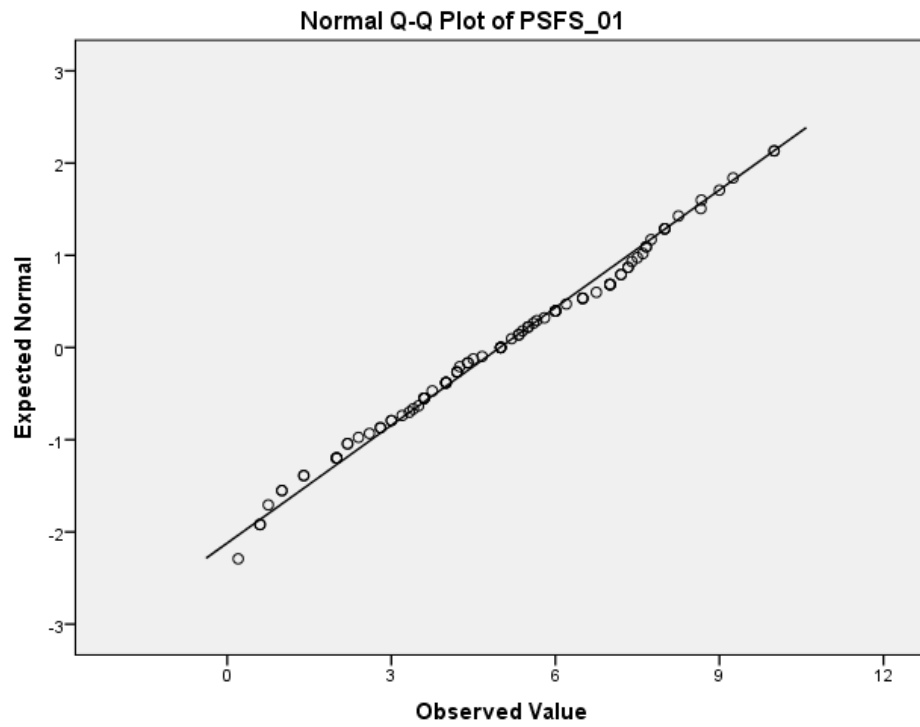
4.2 VALIDADE DO CONSTRUTO

Participaram no primeiro encontro 101 participantes que declaram possuir dor lombar crônica não específica e atenderam aos critérios de inclusão. Estes indivíduos responderam aos questionários PSFS-BR e ODI-Brasil, sendo encontrado $r = 0,691$, o que corresponde a correlação moderada e inversa.

No segundo encontro, que teve a participação de 90 indivíduos, a correlação encontrada sofreu variação, sendo encontrado $r = 0,754$, o que indica uma forte e inversa correlação entre os instrumentos.

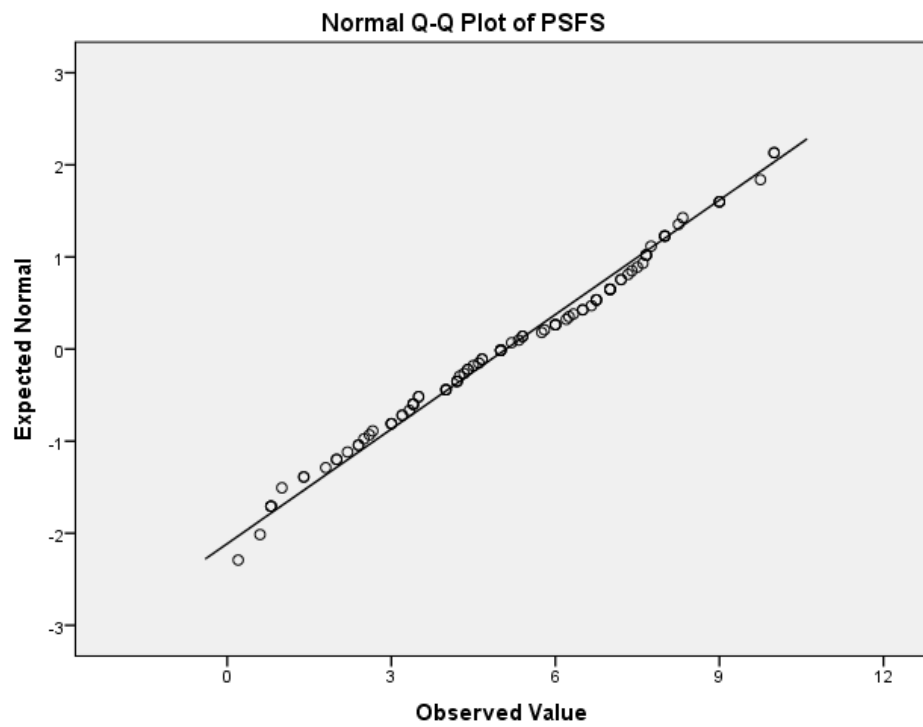
Os dados obtidos nas duas avaliações do PSFS-BR foram normalizados (Figuras 1 e 2).

Figura 1 Representação do gráfico de dispersão da 1ª avaliação do PSFS.



Fonte: Autor, 2020.

Figura 2 Representação do gráfico de dispersão da 2ª avaliação do PSFS.



Fonte: Autor, 2020

4.3 CONSISTÊNCIA INTERNA

Dos cento e um participantes que preencheram o PSFS-BR no primeiro encontro, noventa compareceram e fizeram o preenchimento uma semana depois, ocorrendo uma perda de onze indivíduos. A análise da consistência interna do PSFS-BR através do *alpha* de *Cronbach* resultou em 0,951.

4.4 CONFIABILIDADE TESTE-RETESTE

Os dados obtidos através do preenchimento do PSFS-BR pelos noventa participantes da segunda etapa indicaram um ICC 0,978 ($p < 0,001$).

Tabela 5 *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) do PSFS-BR ($n^* = 90$)

	Intraclass Correlation	Intervalo de Confiança (95%)	
		Limite inferior	Limite Superior
Medidas Simples	0,957	0,935	0,972
Medidas Médias	0,978	0,967	0,986

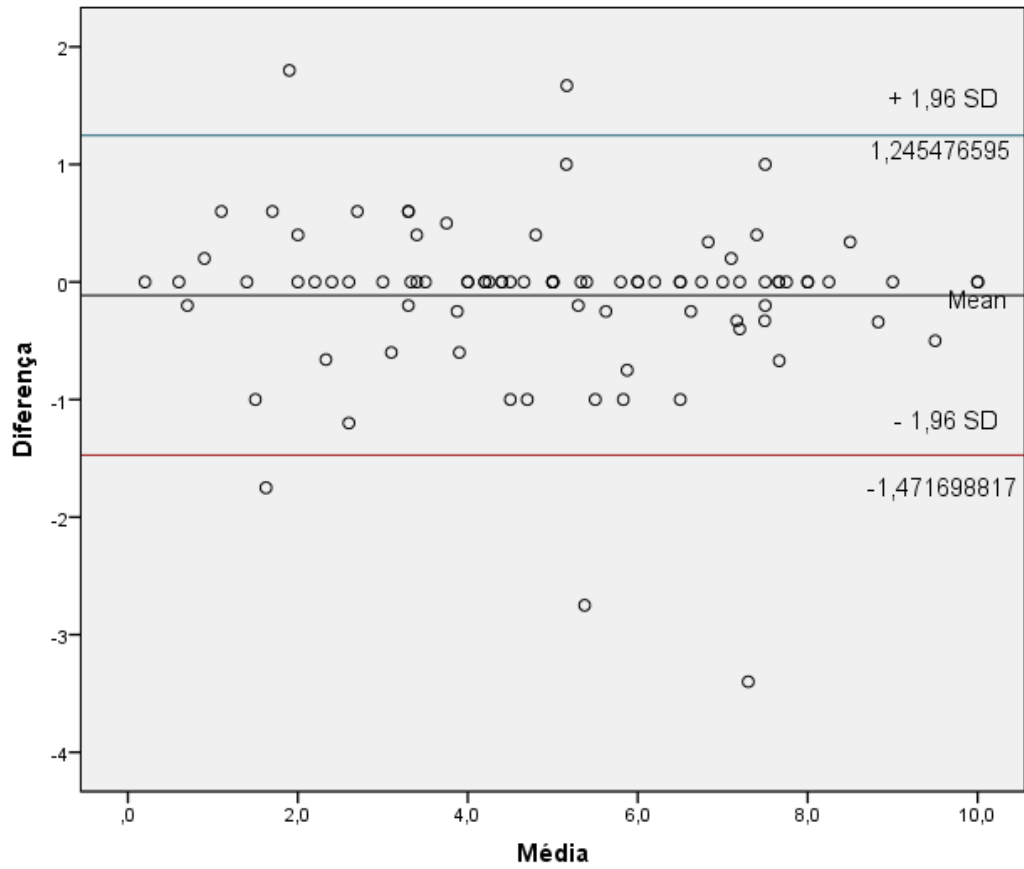
*n = número da amostra

Fonte: Autor, 2020

O escores médios do PSFS-Br nos dois encontros foram 4,984111 e 5,097222, com diferença média entre os escores -0,11311 (DP = 0,693157).

Como ocorreu uma variação positiva na validade do construto, observando-se a primeira e segunda avaliações, e sendo encontrado escores de confiabilidade excelentes, optou-se por avaliar a possibilidade de erros entre os escores médios e a concordância através do gráfico de Bland-Altman, cujo resultado encontrado foi 0,125, indicando que mesmo com a presença de outliers, foi encontrada concordância nos dados. A análise de regressão linear indicar que não existe viés de proporção ($p > 0,05$), ou seja, se distribui os valores de forma homogênea acima e abaixo da média.

Figura 3 Representação do gráfico de Bland-Altman com os valores da 1ª e 2ª avaliação do PSFS.



Fonte: Autor, 2020

5 DISCUSSÃO

Houve uma perda de 11 indivíduos que não compareceram na segunda avaliação e foram excluídos do estudo, resultando em 90 participantes, o que não comprometeu o resultado pois conforme a recomendação de “*Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires*”, seriam necessários pelo menos 50 indivíduos (Terwee et al., 2007).

5.1 VALIDADE DO CONSTRUTO

A validade de construto de um instrumento é estabelecida através da comparação com outros instrumentos que possuam o objetivo de avaliar construtos similares. Para a realização do nosso estudo, definimos que a versão brasileira do *Oswestry Disability Index* (ODI-Brasil) seria utilizada para fins de comparação com o PSFS-BR.

Os questionários apresentam características distintas em relação à pontuação, pois enquanto o ODI-Brasil possui uma escala de 0 a 100, onde escores maiores indicam mais incapacidade, o PSFS-BR, apresenta uma escala inversa, que vai de 0 a 10, mas cujo resultado indica que valores mais altos de medida correspondem a maior a funcionalidade do indivíduo, conforme sua compreensão.

Com base nos dados obtidos e após análise estatística, verificamos que na primeira avaliação o PSFS-BR apresentou uma correlação moderada e positiva com a pontuação total do ODI-Brasil. Como ocorreu perda de participantes entre a primeira e segunda avaliações, preferimos avaliar a validade do construto apenas da primeira avaliação, com um número maior de entrevistados, apesar da forte e positiva correlação entre PSFS-BR e ODI-Brasil. O resultado encontrado confirma a hipótese estabelecida previamente.

Chatman et al. (1997) considera a faixa de 0,30 a 0,50 como uma expectativa de correlação razoável, pois existe falha metodológica quando se avalia a correlação de questionário que não possui como objetivo comparar indivíduos ou grupos de indivíduos.

Este resultado vem ao encontro da publicação original de Stratford et al. (1995), onde o PSFS apresentou correlação moderada a forte ($r = 0,55 - 0,74$ $p < 0,01$) em relação ao RMDQ para pacientes com dor lombar de origem mecânica. Resultado semelhante foi encontrado por Costa et al (2008), ao aplicar a versão brasileira do PSFS em indivíduos com

dor lombar aguda ($r = -0,51$). E em relação ao FRI houve um pequeno acréscimo, concluindo que existe validade de construto entre os instrumentos.

Correlação forte em relação ao *Neck Disability Index* (NDI) foram encontrados nos estudos de Stratford et al. (1999) e Cleland et al. (2006) com os valores $r = 0,73 - 0,83$ e $r = 0,82$ respectivamente; enquanto a versão japonesa do PSFS apresentou um Coeficiente de Correlação de *Pearson* de $-0,35$.

Gross e et al. (2008), comparou a pontuação média do PSFS com a pontuação do *Physical Disability Index* (PDI) em indivíduos que haviam requerido compensação por acidente de trabalho e que tiveram ou superaram o tempo de recuperação, encontrando moderada correlação entre os instrumentos ($r = -0,53$ $p < 0,05$).

Quando aplicado em uma população com lesão nervosa periférica do membro superior, o PSFS também mostrou uma correlação moderada e negativa ($r = -0,37$) quando comparado a pontuação final do DASH (NOVAK et al, 2013).

Rosengren e Brodin (2013) conduziram estudo para validação e confiabilidade da versão sueca do PSFS em pacientes diagnosticados com osteoartrite e submetidos à cirurgia na articulação carpometacarpal, sendo encontrada correlação significativa ($r = -0,28$) em relação ao QuickDASH.

Estudo brasileiro para tradução, validação, confiabilidade e responsividade do PFSS encontrou correlação moderada e negativa ($r = -0,36$) em relação ao QuickDASH-Br (BALBI et al., 201).

Estudo multicêntrico conduzido por Mathis et al. (2019) para avaliar validade e confiabilidade do PSFS em idosos residentes em instituições de longa permanência. O PSFS foi comparado com os instrumentos *Activity-specific Balance Confidence Scale* (ABC), *Lower Extremity Functional Scale* (LEFS), *Short Physical Performance Battery* (SPPB). Sendo encontrado correlações significativas ($p < 0,05$) com o ABC ($r = 0,68$), LEFS ($r = 0,81$) e SPPB ($r = 0,37$).

5.2 CONSISTÊNCIA INTERNA

O alpha de Cronbach é comumente utilizado para avaliar o grau de confiabilidade na correlação dos itens que compõe um instrumento.

Noventa indivíduos com diagnóstico de dor lombar crônica preencheram os critérios de inclusão e responderam ao PSFS-BR uma semana após o primeiro encontro. A análise da

consistência interna através do *alpha* de *Cronbach* apresentou índice acima do limite inferior geralmente aceito, e de acordo com Bland e Altman (1997), o valor é superior ao mínimo desejável quando se trata de aplicações clínicas.

A versão brasileira do PSFS apresentou alto nível de consistência interna ($\alpha = 0.88-0.90$) quando testado para pacientes com dor lombar aguda (COSTA et al., 2008).

Theophanous et al. (2019) realizaram estudo para determinar se o PSFS é válido e confiável quando aplicado através de contato telefônico em comparação com os dados coletados presencialmente. Foram analisados os dados de 74 pacientes para verificar a recuperação do membro pós-envenenamento por picada de cobra. A consistência interna encontrada foi de boa a excelente na avaliação, tanto nos dados presenciais ($\alpha: 0,91$) como por telefone ($\alpha: 0,81$).

5.3 CONFIABILIDADE

De acordo com os dados analisados, o PSFS-Br apresentou excelente confiabilidade teste-reteste quando aplicado na avaliação de indivíduos com dor lombar crônica não específica. O índice encontrado foi inclusive superior quando comparado com estudos anteriores que analisaram a ferramenta e suas versões traduzidas (Tabela 6).

Tabela 6 Confiabilidade teste-reteste do PSFS e versões traduzidas transculturalmente (valores de ICC*)

Autores	Ano	Estudo	n	Confiabilidade
Stratford et al.	1995	Dor lombar	63	ICC = 0,97
Westaway et al.	1998	Disfunção do pescoço	31	ICC = 0,92
Cleland et al.	2006	Radiculopatia cervical	38	ICC = 0,82
Costa et al.	2008	Dor lombar aguda	99	ICC = 0,85
Hefford et al.	2012	Disfunções membros superiores	180	ICC = 0,71
Rosengren e Brodin	2013	OA articulação carpometacarpal	58	ICC = 0,79
Nakamaru et al.	2015	Dor cervical	31	ICC = 0,98
Balbi et al.	2019	Disfunções membros superiores	81	ICC = 0,91
Mathis et al.	2019	Função física em idosos	31	ICC = 0,82
Theophanous et al.	2019	Recuperação pós-envenenamento	74	ICC = 0,83

*ICC = *Intraclass Correlation Coefficient*; n = número da amostra.

Fonte: Autor, 2020

A versão brasileira do PSFS apresentou excelente confiabilidade para avaliar pacientes com dor lombar aguda (COSTA et al., 2008).

Hefford et al. (2012) realizaram estudo multicêntrico de coorte prospectivo, concluindo que o PSFS é uma medida de desfecho válida, confiável e responsiva para pacientes com problemas nos membros superiores.

Rosegren e Brodin (2013) concluíram que a versão sueca do PSFS apresentou boa confiabilidade teste-reteste ao avaliar cinquenta e oito pacientes diagnosticados com osteoartrite e submetidos à cirurgia da articulação carpometacarpal. A avaliação ocorreu 10 semanas após o procedimento cirúrgico.

A versão japonesa do PSFS apresentou excelente confiabilidade, além de ser válido e responsivo para avaliar pacientes com cervicalgia (NAKAMARU et al., 2015).

A avaliação presencial e por telefone para analisar a recuperação de membros pós-envenenamento realizada por Theophanous et al. (2019) encontrou excelente confiabilidade do PSFS.

Enquanto o estudo de Cleland et al. (2006) encontrou uma excelente confiabilidade para pacientes com radiculopatia cervical, Young et al. (2010), ao analisar o mesmo quadro clínico, verificou uma confiabilidade fraca. Conforme o autor, este resultado pode ter relação com a diferença da amostra entre os estudos. Por este motivo, visando dar maior robustez na verificação da confiabilidade do PSFS-Br, optou-se por uma amostra maior que a recomendada pela literatura para este estudo.

Entre as limitações encontradas para o presente estudo, se por um lado a amostra por conveniência possibilitou o alcance do número de participantes estipulado inicialmente, esta escolha tornou a amostra não homogênea em relação ao gênero, tendo em vista o número expressivo de mulheres entre as participantes. Também pode-se perceber que outras informações poderiam ter sido prospectadas, como por exemplo a ocupação dos participantes, anos de estudo, o uso de escalas de avaliação da dor no momento das entrevistas.

Durante a fase de coletas de dados percebeu-se que o tempo de preenchimento do PSFS-BR era bastante inferior se comparado ao ODI-Br, sendo isto um ponto à favor da disseminação do instrumento para uso na prática clínica.

O PSFS-BR mostrou-se uma ferramenta válida e confiável para pacientes com dor lombar crônica não específica, que permitirá que tantos clínicos como pesquisadores com interesse neste tema utilizar-se de um instrumento com aplicabilidade simples e rápida, sobretudo nesse momento da pandemia do novo coronavírus, onde boa parte das pessoas

modificaram seus modos de vida, realizando atividades em seus domicílios, reduzindo a atividade física, e podendo ocasionar aumento dos casos de dor lombar.

A responsividade do PSFS-BR para dor lombar crônica não específica deverá ser testada.

A dor lombar crônica, conforme a literatura, acarreta numa série de consequências, tanto físicas como psicológicas, devendo ser a limitação funcional e incapacidade o foco da nossa atenção como intervencionistas. Devemos conduzir nossa atuação de forma a demonstrar à população que sofre com esta condição clínica que além de aliviar a dor, é importante atuarmos de forma a ampliar a capacidade funcional, e o PSFS-BR poderá ser, a partir de então, um instrumento útil para esta finalidade.

6 CONCLUSÃO

Concluimos que a versão brasileira do PSFS é um instrumento válido e confiável, apresentando propriedades de medida que permitem ser utilizado na avaliação e acompanhamento da evolução de pacientes com dor lombar crônica não específica.

REFERÊNCIAS

ALKHADHRAWI, Nazar; ALSHAMI, Ali. **Effects of myofascial trigger point dry cupping on pain and function in patients with plantar heel pain: A randomized controlled trial.** *J Bodyw Mov Ther.* 23(3):532-538, Jul. 2019. DOI: 10.1016/j.jbmt.2019.05.016.

ANDERSSON, Gunnar B J. **Epidemiological features of chronic low back pain.** *The Lancet*, vol. 354, no. 9178, pp. 581–585, 1999.

BAILLIE, Leyla et al. **Predictors of functional improvement in people with chronic low back pain following a graded Pilates-based exercise programme.** *J Bodyw Mov Ther.* 23(1):211-218, Jan. 2019. DOI: 10.1016/j.jbmt.2018.06.007.

BALBI, L.L et al. **Validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do questionário Patient Specific Functional Scale (PSFS-Br) nas lesões do membro superior.** *Acta Fisiatr.* 26(2):66-70, 2019. DOI:10.11606/issn.2317-0190.v26i2a164107.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. **Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil, PNAD-2003.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 911–926. 2006. DOI:10.1590/s1413-81232006000400014.

BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. **Statistics notes: Cronbach’s alpha.** *British Medical Journal*, v.314, n.7080, p. 572, 1997. DOI: 10.1136/bmj.314.7080.572.

BRINJIKJI, Walled, et al. **Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations.** *Am J Neuroradiol*; 36: 811–16, 2015. DOI: dx.doi.org/10.3174/ajnr.A4173.

BUCHBINDER, Rachele, et al. **Low back pain: a call for action.** *The Lancet*, 391(10137), 2384–2388, 2018. DOI:10.1016/s0140-6736(18)30488-4.

CHATMAN, A.B. et al. **The Patient-Specific Functional Scale: Measurement properties in patients with knee dysfunction.** *Phys Ther* 77:820-829, 1997. DOI: 10.1093/ptj/77.8.820.

CLELAND, Joshua A et al. **The Reliability and Construct Validity of the Neck Disability Index and Patient Specific Functional Scale in Patients with Cervical Radiculopathy.** *SPINE* Volume 31, n° 5, pp 598–602, 2006.

COSTA, Leonardo Oliveira Pena et al. **Clinimetric Testing of Three Self-report Outcome Measures for Low Back Pain Patients in Brazil - Which One Is the Best?** *SPINE* v. 33, n° 22, pp 2459–2463, 2008. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3181849dbe

COSTA, Leonardo Oliveira Pena; NASCIMENTO, Paulo Roberto Carvalho do. **Low back pain prevalence in Brazil: a systematic review.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(6):1141-1155, jun, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046114>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec Abrasco, p. 80, 1997.

DANCEY, Christin, REIDY, John. **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**. Porto Alegre, Artmed. 2006

DESANTANA, Josimari Melo et al. **Definição de dor revisada após quatro décadas**. BrJP vol.3 no.3 São Paulo July/Sept. 2020. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>

DE VET, H.C.W. et al. **Measurements in Medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

FAIRBAIRN, Kate et al. **Mapping Patient-Specific Functional Scale (PSFS) items to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**. Phys Ther. 92(2):310-7, Fev. 2012. DOI: 10.2522/ptj.20090382

FAIRBANK, Jeremy et al. **The Oswestry low back pain disability questionnaire**. Physiotherapie, 66:271–3, 1980.

FAIRBANK, Jeremy; PYNSENT, Paul B. et al. **The Oswestry Disability Index**. SPINE 25:2940–53, 2000. DOI: 10.1097/00007632-200011150-00017

FLEISS, Joseph, LEVIN, Bruce, PAIK, Myunghee Cho. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. 3rd Edition, 2003, ISBN 0-471-52629-0.

FOSTER, Nadine et al. **Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions**. *The Lancet*, Vol. 391, nº. 10137, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6.

GRISWOLD, D.; GARGANO, F.; LEARMAN, K. E.; **A randomized clinical trial comparing non-thrust manipulation with segmental and distal dry needling on pain, disability, and rate of recovery for patients with non-specific low back pain**. J Man Manip Ther. Jul;27(3):141-151, 2019. DOI: 10.1080/10669817.2019.1574389.

GRISWOLD, David et al. **Pragmatically Applied Cervical and Thoracic Nonthrust Manipulation Versus Thrust Manipulation for Patients With Mechanical Neck Pain: A Multicenter Randomized Clinical Trial**. J Orthop Sports Phys Ther. Mar;48(3):137-145, 2018. DOI: 10.2519/jospt.2018.7738.

Global Burden of Disease, Injury Incidence, Prevalence Collaborators. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015**. *The Lancet*, 388: 1545–602, 2016.

GROSS, D.P.; BATTIE, M.C.; ASANTE, A.K. **The Patient-Specific Functional Scale: validity in workers' compensation claimants**. Arch Phys Med Rehabil, 89:1294-1299, 2008. DOI> <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.040>.

HARTVIGSEN, Jan; NATVIG, Bard; FERREIRA, Manuela L. **Is it all about a pain in the back?** *Best Pract Res Clin Rheum*, 27: 613–23, 2013. DOI: 10.1016/j.berh.2013.09.008

HARTVIGSEN, Jan et al. **What low back pain is and why we need to pay attention.** *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367, 2018. DOI:10.1016/s0140-6736(18)30480-x

HEFFORD, Cheryl et al. **The patient-specific functional scale: validity, reliability, and responsiveness in patients with upper extremity musculoskeletal problems.** *J Orthop Sports Phys Ther*. 42(2):56-65, Fev. 2012. DOI: 10.2519/jospt.2012.3953.

HODGES, Paul. W.; SMEETS, Rob. J. **Interaction between pain, movement, and physical activity: short-term benefits, long-term consequences, and targets for treatment.** *Clin J Pain* 31, 97-107, 2015. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000098

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. **Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach.** *Produto & Produção*, v.11, n.2, p.85-103, 2010.

HORN, Katyana Kowalchuk et al. **The Patient-Specific Functional Scale: Psychometrics, Clinimetrics, and Application as a Clinical Outcome Measure.** *Orthop Sports Phys Ther*, 42(1):30-42, 2012. DOI:10.2519/jospt.2012.3727

JACKSON, Tracy et al. **A Systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low- and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods.** *Anesth Analg*, 123: 739–48, 2016. DOI: 10.1213/ANE.0000000000001389

JUNIPER, Melissa, LE, Trong Kim; MLADSI, Deirdre. **The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review.** *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 10(16), 2581–2592. 2009. DOI:10.1517/14656560903304063

LAMBEEK, Ludeke et al. **The Trend in Total Cost of Back Pain in the Netherlands in the Period 2002 to 2007.** *SPINE*, 36(13), 1050–1058. 2011. DOI:10.1097/brs.0b013e3181e70488

LAMPREA, J.A.; GÓMEZ-RESTREPO, C. **Validez en la evaluación de escalas.** *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36(2):340-8.

MAHER, Chris; UNDERWOOD, Martin; BUCHBINDER, Rachelle. **Non-specific low back pain.** *The Lancet* 389, 736-747, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil.** *Rev Saude Publica*. 51 Supl 1:9s, 2017. DOI: https://10.1590/S1518-8787.2017051000052.

MARTINS, G.A. **Sobre confiabilidade e validade.** *RBGN*. 2006 jan-abr;8(20):1-12.

MATHIS, Ruth Ann et al. **Reliability and Validity of the Patient-Specific Functional Scale in Community-Dwelling Older Adults.** J Geriatr Phys Ther. Jul/Sep 2019;42(3):E67-E72. DOI: 10.1519/JPT.000000000000188.

MCMILLAN, Catherine R.; BINHAMMER, Paul A. **Which Outcome Measure is the Best? Evaluating Responsiveness of the Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire, the Michigan Hand Questionnaire and the Patient-Specific Functional Scale Following Hand and Wrist Surgery.** HAND 4:311–318. 2009. DOI: 10.1007/s11552-009-9167-x

MOKKINK LB et al. **The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes.** J Clin Epidemiol; 63:737–45. 2010. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.02.006

NAKAMARU, K et al. **Reliability, validity, and responsiveness of the Japanese version of the Patient-Specific Functional Scale in patients with neck pain.** Eur Spine J. 24(12):2816-20, Dez. 2015. DOI: 10.1007/s00586-015-4236-z

NEVES, M. L.; GOSLING, A. P.; VERCELINO, R. **O Papel da Fisioterapia Traumatológica no Tratamento da Dor Crônica.** In: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológica; Silva M. F.; Barbosa, R. I. organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Traumatológica: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 117-52, 2018 (Sistema de Educação Continuada À Distância, v. 1).

NICHOLAS, Paul; HEFFORD, Cheryl; TUMILTY, Steve. **The use of the Patient-Specific Functional Scale to measure rehabilitative progress in a physiotherapy setting.** J Man Manip Therapy; 20(3): 147–152, Ago. 2012. DOI: 10.1179/2042618612Y.0000000006.

NOVAK, Christine B. et al; **Validity of the Patient Specific Functional Scale in patients following upper extremity nerve injury.** Hand (N. Y.), 8(2): 132–138. Jun. 2013. DOI: 10.1007/s11552-013-9506-9.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. **Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Epidemiol. Serv. Saúde [online], vol.24, n.2, pp.287-296, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200011>.

O’SULLIVAN, Peter. **Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism.** Man Ther. 2005 Nov;10(4):242-55. DOI:10.1016/j.math.2005.07.001

OWEN, Patrick J.; MILLER, Clint T.; MUNDELL, Niamh L.; et al. **Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis.** Br J Sports Med. 2019; 0:1–12. DOI:10.1136/bjsports-2019-100886
PAGANO, Marcello, GAUVREAU, Kimberlee. **Princípios de Bioestatística.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.

PALAZZO, Clémence et al. **Contribution of chronic diseases to educational disparity in disability in France: results from the cross-sectional “disability-health” survey.** Archives of Public Health, 77:2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0326-9>.

PATHAK, Anupa et al. **Development and assessment of a verbal response scale for the Patient-Specific Functional Scale (PSFS) in a low-literacy, non-western population.** Qual Life Res, Set. 2020. DOI: [10.1007/s11136-020-02640-0](https://doi.org/10.1007/s11136-020-02640-0).

PENGEL Liset; REFSHAUGE Kathryn; MAHER, Chris. **Responsiveness for pain, disability and physical impairment outcomes in patients with low back pain.** SPINE. n° 29(8):879–83. 2004 PMID: 15082988.

RAJA SN, et al. **The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises.** Pain. 2020;23. doi: [10.1097/j.pain.0000000000001939](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939).

REICHENHEIM, Michael E.; HÖKERBERG, Yara Hahr M.; MORAES, Claudia Leite. **Assessing construct structural validity of epidemiological measurement tools: a seven-step roadmap.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(5):927-939, Mai, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143613>

ROLAND M, FAIRBANK Jeremy CT. **The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire.** SPINE, 25:3115–24, 2000.

ROSENGREN, Jenny; BRODIN, Nina. **Validity and reliability of the Swedish version of the Patient Specific Functional Scale in patients treated surgically for carpometacarpal joint osteoarthritis.** J Hand Ther, 26(1):53-60; 2013. DOI: [10.1016/j.jht.2012.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jht.2012.10.007).

SANTA BARBARA, Matthew et al. **Descriptive Analysis of an Interdisciplinary Musculoskeletal Program.** PM&R Journal, 12(7):639-646. Jul. 2020. DOI: [10.1002/pmrj.12288](https://doi.org/10.1002/pmrj.12288).

SANTOS, Luiza Gomes; MADEIRA, Kristian; LONGEN, Williams Cassiano. **Prevalence of Self-reported Spinal Pain in Brazil: Results of the National Health Research.** Coluna/Columna;16(3):198-201, 2017. DOI: [10.1590/s1808-185120171603165890](https://doi.org/10.1590/s1808-185120171603165890)

SHMAGEL, Anna; FOLEY, Robert; IBRAHIM, Hassan. **Epidemiology of Chronic Low Back Pain in US Adults: Data From the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey.** Arthritis Care Res (Hoboken), 68(11):1688-1694, Nov. 2018. DOI: [10.1002/acr.22890](https://doi.org/10.1002/acr.22890).

STEEL, Nicholas et al. **Changes in health in the countries of the UK and 150 English Local Authority areas 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.** The Lancet. Out. 2018. DOI: [10.1016/s0140-6736\(18\)32207-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32207-4)

STRATFORD, Paul et al. **Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure.** Physiotherapy Canada, Vol. 47, n° 4, 1995. DOI: [10.3138/ptc.47.4.258](https://doi.org/10.3138/ptc.47.4.258)

TERWEE, Caroline et al. **Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires.** *J Clin Epidemiol.* 60:34–42. 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012

THEOPHANOUS, Rebecca et al. **Validity and reliability of telephone administration of the patient-specific functional scale for the assessment of recovery from snakebite envenomation.** *PLoS Negl Trop Dis.* 13;13(12):e0007935, Nov. 2019. DOI: 10.1371/journal.pntd.0007935.

ÜSTÜN T. B. et al. **The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health.** *Disability and Rehabilitation,* 25:11-12, 565-571, 2003. DOI: 10.1080/0963828031000137063

VIGATTO, Ricardo; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues. **Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Validity.** *SPINE* vol 32, n° 4, pp 481–486, 2007.

VOS, Theo; FLAXMAN, A. D.; NAGHAVI, Moshen; et al., **Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.** *The Lancet,* vol. 380, no. 9859, pp. 2163–2196, 2012.

WILLIAMS, Amanda C de C.; CRAIG, Kenneth D. **Updating the definition of pain.** *Pain* Nov 157(11):2420-2433. 2016. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000613.

WESTAWAY, Michael, STRATFORD, Paul W.; BINKLEY, Jill M.; **The Patient-Specific Functional Scale: validation of its use in persons with neck dysfunction.** *J Orthop Sports Ther;* 27(5):331-8, maio 1998. DOI: 10.2519/jospt.1998.27.5.331

YOUNG, Ian A. et al. **Reliability, construct validity, and responsiveness of the Neck Disability Index, Patient-Specific Functional Scale, and Numeric Pain Rating Scale in patients with cervical radiculopathy.** *Am J Phys Med Rehabil,* 89:831–839, 2010. DOI: 10.1097/PHM.0b013e3181ec98e6

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a),

Este termo tem o objetivo de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada Questionário Patient Specific Functional Scale (PSFS) – Brasil (PSFS-BR) para pacientes com dor lombar crônica – Confiabilidade e Validade do Construto.

Esta pesquisa é desenvolvida pelo Dr. Alexandre Marcio Marcolino, professor da Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Araranguá, e pelo acadêmico Milton Ricardo de Medeiros Fernandes, do Mestrado em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina, e que utilizará os resultados desse estudo na Dissertação. A participação na pesquisa é voluntária e antes de assinar este termo, é importante que você leia as informações contidas no documento, que informa a proposta e os procedimentos que serão utilizados para a realização da pesquisa. Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido se baseia na Resolução CNS 466/12 (para ciências exatas, biológicas e da saúde), e foi avaliado pela Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CESPH-UFSC). O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, e desta forma, garantir que todos os preceitos éticos estejam assegurados aos participantes desta pesquisa.

Objetivo do estudo: Avaliar a validade de construto e a confiabilidade (teste-reteste) do PSFS – BR em pacientes com dor lombar crônica.

Medidas e avaliações: A coleta das informações será realizada através de questionários respondidos por você.

Procedimentos do estudo: A aplicação do questionário será mediante convite, que poderão responder o questionário e posteriormente devolver ao pesquisador.

Riscos e Desconfortos: Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos mínimos. Os questionários irão conter algumas informações referentes ao objetivo do estudo e serão respondidos pelo próprio participante. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no seu corpo, que acarrete danos físicos, psicológicos e sociais. Os participantes podem apresentar cansaço ou desconforto devido à aplicação do questionário, mas destacamos que você não é obrigado a responder nenhuma pergunta que cause desconforto, e caso relate cansaço, a coleta será interrompida e retomada quando você se sentir confortável. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e

ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, entretanto, caso tenha alguma despesa, essa será ressarcida. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Por fim, salientamos que os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem dos participantes serão realizados em sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido desse estudo.

Benefícios: Entre os benefícios, as informações da pesquisa auxiliarão a melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento oferecido.

Asseguramos antecipadamente que:

- a) Você somente participará da pesquisa com a sua autorização, por meio da entrega desse termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado;
- b) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo;
- c) Será garantida aos participantes a privacidade à sua identidade e o sigilo de suas informações;
- d) Você terá liberdade para recusar-se a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para si;
- e) Se houver algum dano eventual decorrente da pesquisa, garantimos que o (a) Sr (a) será indenizado;
- f) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo, entretanto, se o (a) Sr (a) tiver algum custo com a participação na pesquisa, como despesas do Sr (a) e seus acompanhantes, quando necessário, como transporte e alimentação, esse será ressarcido pelos pesquisadores.

Caso você tenha dúvidas ou perguntas a respeito do estudo, você poderá contatar o pesquisador pelo telefone (48) 99647-6666 ou pelo e-mail: miltonfernandes.fisio@gmail.com

Eu,

_____, li e entendi todas as informações contidas nesse termo de consentimento e, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para participação no presente estudo.

Assinatura: _____

Local e data: _____.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “**Questionário Patient Specific Functional Scale (PSFS) – Brasil (PSFS-BR) para pacientes com dor lombar crônica – Confiabilidade e Validade do Construto.**”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estarem devidamente informados sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, e que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador”. “As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto”. “Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados”.

Içara (SC), _____ de _____, de _____

Assinatura do participante

Declaração do pesquisador: Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alexandre Marcio Marcolino – (48) 99810-6633
– alexandre.marcolino@ufsc.br

Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 - Km 35,4 - Bairro: Jardim das Avenidas
CEP: 88906-072 – Araranguá - SC

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPSH
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade,
Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br

Agradecemos a colaboração!

ANEXO A – Oswestry Disability Index 2.0 - 1ª Avaliação

Pesquisa: Questionário *Patient Specific Functional Scale* – Brasil (PSFS-Br) para
 Pacientes com Dor Lombar Crônica Não Específica – Confiabilidade e Validade do Construto
 CEP: nº 3.646.414

Data avaliação	
Participante nº	
Nome (iniciais)	
Idade	

Oswestry Disability Index 2.0

<p>1. Intensidade da dor</p> <p>0. Sem dor no momento</p> <p>1. A dor é leve nesse momento</p> <p>2. A dor é moderada nesse momento</p> <p>3. A dor é mais ou menos intensa nesse momento</p> <p>4. A dor é muito forte nesse momento</p> <p>5. A dor é a pior imaginável nesse momento</p>	<p>2. Cuidados pessoais (Vestir-se, tomar banho etc)</p> <p>0. Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra</p> <p>1. Posso me cuidar, mas me causa dor</p> <p>2. É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso</p> <p>3. Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar</p> <p>4. Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim</p> <p>5. Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.</p>
<p>3. .Pesos</p> <p>0. Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra</p> <p>1. Se levantar coisas pesadas sinto dor extra</p> <p>2. A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, p. ex., numa mesa</p> <p>3. A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito de levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.</p> <p>4. Só posso levantar coisas muito leve</p> <p>5. Não posso levantar nem carregar nada.</p>	<p>4. Andar</p> <p>0. A dor não me impede de andar (qualquer distância)</p> <p>1. A dor me impede de andar mais que 16 quarteirões de 100 metros</p> <p>2. A dor me impede de andar mais que 8 quarteirões de 100 m</p> <p>3. A dor me impede de andar mais que 4 quarteirões de 100 metros</p> <p>4. Só posso andar com bengala ou muleta</p> <p>5. Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro</p>
<p>5. Sentar</p> <p>0. Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser</p> <p>1. Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser</p> <p>2. A dor me impede de sentar por mais de 1 hora</p> <p>3. A dor me impede de sentar por mais de 30</p>	<p>6. De pé</p> <p>0. Posso ficar de pé pelo tempo que quiser sem dor extra</p> <p>1. Posso ficar de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor</p> <p>2. A dor me impede de ficar de pé por mais de 1 h</p> <p>3. A dor me impede de ficar de pé por</p>

<p>minutos</p> <p>4. A dor me impede de sentar por mais que 10 minutos</p> <p>5. A dor me impede de sentar</p>	<p>mais 30 minutos</p> <p>4. A dor me impede de ficar de pé por mais de 10 minutos</p> <p>5. A dor me impede de ficar de pé</p>
<p>7. Sono</p> <p>0. Meu sono não é perturbado por dor</p> <p>1. Algumas vezes meu sono é perturbado por dor</p> <p>2. Por causa da dor durmo menos de 6 horas</p> <p>3. Por causa da dor durmo menos de 4 horas</p> <p>4. Por causa da dor durmo menos de 2 horas</p> <p>5. A dor me impede de dormir</p>	<p>8. Vida sexual</p> <p>0. Minha vida sexual é normal e não me causa dor extra</p> <p>1. Minha vida sexual é normal, mas me causa dor extra</p> <p>2. Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa</p> <p>3. Minha vida sexual é muito restringida devido à dor</p> <p>4. Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.</p> <p>5. A dor me impede de ter atividade sexual</p>
<p>9. Vida Social</p> <p>0. Minha vida social é normal e eu não sinto dor extra</p> <p>1. Minha vida social é normal, mas aumenta o grau de minha dor.</p> <p>2. A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc.</p> <p>3. A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa</p> <p>4. A dor restringiu minha vida social a minha casa</p> <p>5. Não tenho vida social devido a minha dor.</p>	<p>10. Viagens</p> <p>0. Posso viajar para qualquer lugar sem dor.</p> <p>1. Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto dor extra</p> <p>2. A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas</p> <p>3. A dor restringe minhas viagens para distâncias menores que 1 hora</p> <p>4. A dor restringe minhas viagens para as necessárias e menores de 30 minutos</p> <p>5. A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.</p>

**ANEXO B - Questionário Patient Specific Functional Scale – BRASIL (PSFS-BR) – 1ª
Avaliação**

Pesquisa: Questionário *Patient Specific Functional Scale* – Brasil (PSFS-Br) para
Pacientes com Dor Lombar Crônica Não Específica – Confiabilidade e Validade do Construto
CEP: nº 3.646.414

Data avaliação	
Participante nº	
Nome (iniciais)	
Idade	

- Pedirei que você identifique até cinco atividades importantes com as quais você não consegue fazer ou com quais dificuldades devido ao seu problema.

Esquema de pontuação:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Incapaz de
realizar
atividade**

**Capaz de
executar
atividade em
nível pré-lesão**

	Atividade	Escore
1		
2		
3		
4		
5		

ANEXO C - Oswestry Disability Index 2.0 – 2ª Avaliação

Pesquisa: Questionário *Patient Specific Functional Scale* – Brasil (PSFS-Br) para Pacientes com Dor Lombar Crônica Não Específica – Confiabilidade e Validade do Construto
CEP: nº 3.646.414

Data avaliação	
Participante nº	
Nome (iniciais)	
Idade	

Oswestry Disability Index 2.0

<p>1. Intensidade da dor</p> <p>0. Sem dor no momento</p> <p>1. A dor é leve nesse momento</p> <p>2. A dor é moderada nesse momento</p> <p>3. A dor é mais ou menos intensa nesse momento</p> <p>4. A dor é muito forte nesse momento</p> <p>5. A dor é a pior imaginável nesse momento</p>	<p>2. Cuidados pessoais (Vestir-se, tomar banho etc)</p> <p>0. Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra</p> <p>1. Posso me cuidar, mas me causa dor</p> <p>2. É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso</p> <p>3. Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar</p> <p>4. Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim</p> <p>5. Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.</p>
<p>3. Pesos</p> <p>0. Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra</p> <p>1. Se levantar coisas pesadas sinto dor extra</p> <p>2. A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, p. ex., numa mesa</p> <p>3. A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito de levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.</p> <p>4. Só posso levantar coisas muito leve</p> <p>5. Não posso levantar nem carregar nada.</p>	<p>4. Andar</p> <p>0. A dor não me impede de andar (qualquer distância)</p> <p>1. A dor me impede de andar mais que 16 quarteirões de 100 metros</p> <p>2. A dor me impede de andar mais que 8 quarteirões de 100 m</p> <p>3. A dor me impede de andar mais que 4 quarteirões de 100 metros</p> <p>4. Só posso andar com bengala ou muleta</p> <p>5. Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro</p>
<p>5. Sentar</p> <p>0. Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser</p> <p>1. Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser</p> <p>2. A dor me impede de sentar por mais de 1 hora</p> <p>3. A dor me impede de sentar por mais de 30 minutos</p> <p>4. A dor me impede de sentar por mais que 10</p>	<p>6. De pé</p> <p>0. Posso ficar de pé pelo tempo que quiser sem dor extra</p> <p>1. Posso ficar de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor</p> <p>2. A dor me impede de ficar de pé por mais de 1 h</p> <p>3. A dor me impede de ficar de pé por mais 30 minutos</p> <p>4. A dor me impede de ficar de pé por</p>

minutos	mais de 10 minutos
5. A dor me impede de sentar	5. A dor me impede de ficar de pé
7. Sono	8. Vida sexual
0. Meu sono não é perturbado por dor	0. Minha vida sexual é normal e não me causa dor extra
1. Algumas vezes meu sono é perturbado por dor	1. Minha vida sexual é normal, mas me causa dor extra
2. Por causa da dor durmo menos de 6 horas	2. Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa
3. Por causa da dor durmo menos de 4 horas	3. Minha vida sexual é muito restringida devido à dor
4. Por causa da dor durmo menos de 2 horas	4. Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.
5. A dor me impede de dormir	5. A dor me impede de ter atividade sexual
9. Vida Social	10. Viagens
0. Minha vida social é normal e eu não sinto dor extra	0. Posso viajar para qualquer lugar sem dor.
1. Minha vida social é normal, mas aumenta o grau de minha dor.	1. Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto dor extra
2. A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc.	2. A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas
3. A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa	3. A dor restringe minhas viagens para distâncias menores que 1 hora
4. A dor restringiu minha vida social a minha casa	4. A dor restringe minhas viagens para as necessárias e menores de 30 minutos
5. Não tenho vida social devido a minha dor.	5. A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.

**ANEXO D - Questionário Patient Specific Functional Scale – BRASIL (PSFS-BR) – 2ª
Avaliação**

Pesquisa: Questionário *Patient Specific Functional Scale* – Brasil (PSFS-Br) para
Pacientes com Dor Lombar Crônica Não Específica – Confiabilidade e Validade do Construto
CEP: nº 3.646.414

Data avaliação	
Participante nº	
Nome (iniciais)	
Idade	

- Quando avaliei você (declare a data da avaliação anterior), você me disse que tem dificuldade (leia 1, 2, 3, 4, 5 da lista).

Hoje, você ainda tem dificuldade com 1 (ler pontuação do paciente em cada atividade); 2 (ler pontuação do paciente em cada atividade); 3 (ler pontuação do paciente em cada atividade); 4 (ler pontuação do paciente em cada atividade); 5 (ler pontuação do paciente em cada atividade).

Esquema de pontuação:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Incapaz
de realizar
atividade**

**Capaz de
executar
atividade em
nível pré-lesão**

	Atividade	Escore
1		
2		
3		
4		
5		