



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Faculdade de Ciências Médicas



IPS  
Instituto  
Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de  
Saúde

Ana Rosa **ADAPTAÇÃO CULTURAL E  
CONTRIBUTO PARA A  
VALIDAÇÃO DA PAIN  
ATTITUDES AND BELIEFS  
SCALE FOR  
PHYSIOTHERAPISTS (PABS-PT)  
PARA A POPULAÇÃO DE  
FISIOTERAPEUTAS  
PORTUGUESES**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia  
Relatório de Projecto de Investigação

Relatório do Projecto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz e Co-orientação da Professora Carla Pereira

## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O(A) orientador(a),

---

Setúbal, .... de ..... de .....

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração do presente trabalho apenas foi possível devido ao contributo e apoio incondicional que a mãe, o irmão e alguém muito especial tiveram durante esta longa etapa. Obrigado por me terem “dado a mão” quando a coragem e o alento queriam ir embora. A colaboração de cada um foi extremamente importante e essencial para mim, não só pela ajuda que prestaram durante as várias etapas mas também pelo carinho e mimo que esteve sempre presente.

Agradeço também ao Professor Eduardo Cruz e à Professora Carla Pereira pelo conhecimento, apoio, cooperação e entusiasmo que sempre demonstram, mesmo à distância, ao longo da realização deste estudo e que foi fundamental para termos consigo chegar ao fim deste desafio.

Um especial agradecimento a todos os amigos, colegas de trabalho e entidades responsáveis que puderam colaborar neste estudo e tornaram possível a sua concretização.

## RESUMO

### ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA PAIN ATTITUDES AND BELIEFS SCALE FOR PHYSIOTHERAPISTS (PABS-PT) PARA A POPULAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES

ANA SOFIA ROSA, EDUARDO CRUZ & CARLA PEREIRA

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor lombar crónica; Fisioterapeutas; Crenças; Atitudes; PABS-PT.

**Introdução:** Vários estudos têm encontrado evidência para a relação entre as crenças e atitudes dos profissionais de saúde, a sua abordagem de tratamento, referida como orientada segundo o modelo biomédico ou modelo biopsicossocial (Bishop, 2008; Mutsaers, 2012), e os resultados obtidos. É sugerido que, no tratamento da dor lombar crónica, os profissionais que orientam o seu raciocínio e prática segundo o modelo biomédico, tendem a obter piores resultados quando comparados com os obtidos pelos profissionais que orientam o seu raciocínio e prática segundo uma abordagem biopsicossocial. Esta área de estudo tem salientado a importância de desenhar instrumentos capazes de identificar a orientação preferencial dos profissionais de saúde no tratamento da dor crónica de natureza músculo-esquelética, entre os quais se encontra a “Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists” (PABS-PT).

**Objetivo:** Adaptar culturalmente a PABS-PT para a população de fisioterapeutas portuguesas que intervêm em utentes com dor (lombar) crónica, e contribuir para a sua validação

**Metodologia:** A versão original (língua inglesa) do PABS-PT foi adaptada para a língua e cultura portuguesas, através das etapas definidas nas normas orientadoras estabelecidas para este processo (Beaton et al., 2002; MAPI Institute, 2001). A avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa foi realizada com recurso a uma amostra de 202 fisioterapeutas e estudantes finalistas do curso de licenciatura em Fisioterapia. Inicialmente foi realizada a análise fatorial exploratória da escala através do método das componentes principais. Posteriormente avaliou-se a consistência interna das componentes obtidas com recurso ao alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). Para analisar a validade de constructo foram correlacionadas as componentes obtidas com a versão portuguesa da “Health Care Providers’ Pain and Impairment Relationship Scale” (HC-PAIRS), recorrendo ao cálculo do coeficiente de *Spearman*.

**Resultados:** O processo de adaptação cultural não revelou dificuldades importantes sendo considerado que a versão portuguesa da PABS-PT é de fácil compreensão e preenchimento, e os seus itens adequados para avaliar as crenças e atitudes dos fisioterapeutas portuguesas relativas à intervenção na dor crónica músculo-esquelética. Os resultados revelaram uma estrutura fatorial de duas componentes, identificadas com as componentes da escala original que explicam 30,96% da variância total. A consistência interna encontrada é boa, para a componente biomédica ( $\alpha$  de Cronbach = 0,826), mas muito fraca para a componente biopsicossocial ( $\alpha$  de Cronbach = 0,589). Relativamente à validade convergente e discriminativa, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa e positiva, entre as componentes 1 (biomédica) da versão portuguesa da PABS e a HC-PAIRS ( $R_s = 0,481$ ,  $p \leq 0,005$ ), e negativa, fraca e

significativa entre a pontuação total da componente 2 (biopsicossocial) e a HC-PAIRS ( $R_s = -0,038, p=0,612$ ).

**Conclusão:** A versão portuguesa do PABS-PT é de fácil compreensão e aparenta ser um instrumento válido para a medição da orientação preferencial dos fisioterapeutas, relativamente às suas atitudes e crenças na avaliação e tratamento de utentes com dor crónica de natureza músculo-esquelética. No entanto, a componente biopsicossocial requer uma análise mais aprofundada para que possa, com rigor, ser utilizada na definição de uma orientação preferencialmente biopsicossocial.

## ABSTRACT

### CROSS CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE PAIN ATTITUDES AND BELIEFS SCALE FOR PHYSIOTHERAPISTS (PABS-PT) TO PORTUGUESE POPULATION OF PHYSIOTHERAPISTS

ANA SOFIA ROSA, EDUARDO CRUZ & CARLA PEREIRA

**KEYWORDS:** Chronic low back pain; Physiotherapists; Beliefs; Attitudes; PABS-PT.

**Introduction:** Previous studies have found a relation between the beliefs and attitudes of health professionals, their treatment approach, which can follow a biomedical or a biopsychosocial orientation (Bishop, 2008; Mutsaers, 2012), and the outcomes obtained. Therefore, it is suggested that the professionals who tend to approach chronic low back pain patients according to the biomedical model have worse outcomes than professionals who use a biopsychosocial approach in their clinical reasoning. This research field has highlighted the importance of developing measures capable of identifying the preferred orientation of health professionals in the treatment of chronic pain of musculoskeletal nature, including the “Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists” (PABS-PT).

**Objective:** To cross culturally adapt and validate the PABS-PT for the Portuguese population of physiotherapists.

**Methodology:** The original version (English version) of the PABS-PT was adapted to the Portuguese language and culture, through the guidelines established for these processes (Beaton et al., 2002; MAPI Institute, 2001). The psychometric evaluation of the Portuguese version was carried out on a sample of 202 physiotherapist and final year students of the physiotherapy course. Initially, an exploratory factorial analysis was performed through the method of the main components. Then, the internal consistency of the main components was evaluated using the Cronbach’s alpha ( $\alpha$ ). The convergent construct validity was analysed through the correlation between the obtained components of PABS-PT and the *Health Care Provider’s Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS)*, using the Spearman correlation coefficient.

**Results:** No major difficulties were found during the cultural adaptation process of PABS-PT to Portugal, which means that the Portuguese version is easy to understand and fulfill, and items are appropriated to evaluate the beliefs and attitudes of the Portuguese physiotherapists who treat chronic pain of musculoskeletal origins. The results revealed a factorial structure of two components, as the original scale, explaining 30,96% of the total variance. Internal consistency results were good, for the biomedical component (Cronbach’s  $\alpha = 0,826$ ), but very weak for the biopsychosocial component (Cronbach’s  $\alpha = 0,589$ ). Relatively to convergent and discriminative validity, a statistically significant association was found, between the components 1 (biomedical) of the Portuguese version of PABS-PT and the HC-PAIRS ( $R_s = 0,481$ ,  $p \leq 0,005$ ) and

negative, weak and significant between the total score of component 2 (biopsychosocial) and the HC-PAIRS ( $R_s = -0,038, p=0,612$ ).

**Conclusion:** The Portuguese Version of PABS-PT is easy to understand and seems to be a valid instrument to measure the attitudes and beliefs of physiotherapists in the management of patients with chronic low back pain. However, the biopsychosocial component requires a further deep analysis to examine a preferable biopsychosocial orientation.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO LITERATURA</b> .....	<b>4</b>
2.1. ATITUDES E CRENÇAS DOS FISIOTERAPEUTAS EM RELAÇÃO À DOR LOMBAR CRÓNICA .....	4
2.2. RELEVÂNCIA QUE OS FISIOTERAPEUTAS ATRIBUEM AOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DOS UTENTES NA SUA PRÁTICA CLÍNICA	6
2.3. DOR LOMBAR CRÓNICA .....	10
2.3.1. <i>Aspectos psicossociais associados à dor lombar e sua importância</i> .....	12
2.4. PAIN ATTITUDES AND BELIEFS SCALE .....	15
2.4.1. <i>Propriedades Psicométricas de um instrumento de medida</i> .....	18
2.4.1.1. Validade .....	19
2.4.1.2. Fiabilidade .....	23
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
3.1. IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO .....	26
3.2. ESTUDO 1 – ADAPTAÇÃO CULTURAL DA PABS-PT .....	28
3.2.1. <i>Tipo de estudo</i> .....	28
3.3. ESTUDO 2 – AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS E CARACTERIZAÇÃO DA ABORDAGEM DOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES .....	34
3.3.1. <i>Tipo de Estudo</i> .....	35
3.3.2. <i>Participantes</i> .....	35
3.3.3. <i>Aspectos Éticos</i> .....	36
3.3.4. <i>Instrumentos de Medida</i> .....	36
3.3.4.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional .....	36
3.3.4.2. HC-PAIRS-PT .....	37
3.3.5. <i>Procedimentos de Recolha de Dados</i> .....	39
3.3.6. <i>Análise dos Dados</i> .....	39
<b>4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
4.1. ESTUDO 1 – ADAPTAÇÃO CULTURAL DA PABS-PT .....	42
4.1.1. <i>Processo de Tradução</i> .....	42
4.1.2. <i>Processo de Retroversão</i> .....	43
4.1.3. <i>Revisão por Comité de Peritos</i> .....	44
4.1.4. <i>Estudo Piloto</i> .....	46
4.1.5. <i>Auditoria Final</i> .....	52
4.1.6. <i>Versão final do PABS-PT</i> .....	52
4.2. ESTUDO 2 - PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA PABS-PT .....	55
4.2.1. <i>Caracterização Sociodemográfica e Profissional da amostra</i> .....	56
4.2.2. <i>Estrutura Fatorial da versão portuguesa da PABS-PT</i> .....	58
4.2.3. <i>Consistência Interna da versão portuguesa da PABS-PT</i> .....	68
4.2.4. <i>Validade Convergente e Discriminativa da versão portuguesa da PABS-PT</i> .....	70
4.2.5. <i>Relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e as pontuações obtidas na versão portuguesa da PABS-PT</i> .....	72
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>76</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	<b>86</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>88</b>
<b>LISTA DE FIGURAS E TABELAS</b> .....	<b>91</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Uma das condições músculo-esqueléticas mais comum, dolorosa e incapacitante nos dias de hoje é a dor lombar crónica de causa não específica (Bowey-Morris, 2010; Darlow, 2011; Houben, 2005a; Mutsaers, 2012). Sendo considerada um problema médico, social e económico, a sua resolução continua a ser um desafio constante para os cuidados de saúde (Houben, 2005a; Ostelo, 2003).

De acordo com Bishop, *et al.* (2007), a prevalência da dor lombar durante a vida é de cerca de 84%. Após o primeiro episódio, em 44-78% dos casos verifica-se a recorrência dessa dor, e absentismo no trabalho em 26-37% dos utentes. Embora a evolução natural da dor lombar pareça favorável, com 30 a 60% dos utentes a recuperar no espaço de uma semana e com 60 a 90% a recuperar num período de 6 semanas (DuBois, 2008), os restantes 10% desenvolvem uma condição crónica (DLC), sendo responsáveis por cerca de 65 a 85% de todos os custos associados a esta condição (Maetzel, 2002).

A evidência científica atual sugere que a DLC está associada à existência de incapacidade funcional, resultante não só da dor, mas também da presença de alterações cognitivo- comportamentais e ambientais (fatores psicossociais) (Strong, 2002). Estas alterações são traduzidas em cada indivíduo, como crenças e atitudes, havendo autores que sugerem que contribuem mais para a incapacidade funcional do que a própria dor (Waddell, 2004).

Neste contexto, os fatores psicossociais são definidos como aqueles que podem afetar de alguma forma a resposta psicológica e comportamental dos utentes relativamente à execução de atividades funcionais e profissionais, podendo ser interpretados como obstáculos à recuperação e ao retorno ao trabalho (Bishop, 2008).

A abordagem de tratamento de um profissional de saúde é muitas vezes o reflexo das suas crenças, e consequentemente das suas atitudes, sendo que a efetividade desse tratamento poderá ser influenciada por esses aspetos. Atualmente, de acordo com a literatura, existem duas abordagens clínicas que podem ser encontradas nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde nos casos de dor lombar crónica: por um lado, o modelo biomédico, baseado na noção de que a dor e a incapacidade são resultado de uma patologia física ou lesão tecidual; por outro lado, a abordagem biopsicossocial que sugere que os fatores psicológicos e sociais são importantes no desenvolvimento e

manutenção das queixas. De acordo com esta abordagem a dor nem sempre tem uma relação causal com a lesão tecidual e pode prevalecer muito depois do tempo necessário para a regeneração tecidual da lesão inicial (Houben, 2005a; Mutsaers, 2012).

A evidência sugere que as atitudes e crenças dos profissionais de saúde influenciam a sua perceção em relação às características dos utentes e à forma como lidam com estes casos (Darlow, 2011; Houben, 2005b; Mutsaers, 2012). Segundo a revisão sistemática desenvolvida por Darlow *et al.* (2011), as atitudes e crenças dos profissionais de saúde estão associadas às dos seus utentes, assim como à abordagem do tratamento aos utentes com dor lombar. Isto acontece, também devido ao facto de os fisioterapeutas passarem um tempo considerável com os seus utentes, havendo conseqüentemente uma grande oportunidade de interação, em que as suas atitudes influenciarão as crenças e atitudes dos mesmos. Assim sendo, é decisivo os profissionais estarem conscientes deste aspeto durante a sua prática clínica (Darlow, 2011; Mutsaers, 2012).

Considerando a influência que as atitudes e crenças dos fisioterapeutas, refletidas na sua abordagem ao tratamento, pode ter na efetividade dos tratamentos nos casos de dor lombar crónica não-específica torna-se relevante averiguar as crenças e atitudes destes profissionais, no sentido de eventualmente desenvolver formas mais adequadas de intervir sobre as queixas de dor e incapacidade dos utentes (Mutsaers, 2012; Vonk, 2008). De forma a avaliar as atitudes e crenças dos prestadores de cuidados de saúde, têm vindo a ser desenvolvidos instrumentos de medida específicos (Bishop, 2007), sendo que os mais frequentemente reportados, são a *Health Care Provider's Pain and Relationship Scale* (HC-PAIRS) e a *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT). Esta última tem vindo a ser particularmente utilizada nos estudos com fisioterapeutas, por ter em consideração duas abordagens de tratamento – a biomédica e a biopsicossocial (Houben, 2005a; Mutsaers, 2012). Porém, nenhuma versão portuguesa está disponível.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivos: 1) realizar a adaptação cultural da PABS-PT para língua portuguesa; 2) estudar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do PABS-PT, nomeadamente a sua fiabilidade e validade numa amostra de fisioterapeutas, e estudantes finalistas do curso de fisioterapia, portugueses; 3) explorar os efeitos da idade, género, formação, experiência profissional e experiência

peçoal na abordagem preferencial dos fisioterapeutas e estudantes finalistas, do curso de licenciatura em fisioterapia, nos casos de dor lombar.

O estudo foi realizado em duas etapas sequenciais, metodologicamente coerentes, mas que recorreram a diferentes amostras e procedimentos. Assim, num primeiro estudo, desenvolveu-se o processo de tradução, retroversão e adaptação cultural do PABS-PT. No segundo estudo avaliaram-se as propriedades psicométricas do PABS-PT, nomeadamente, a sua estrutura fatorial, consistência interna, validade convergente e discriminativa.

Os resultados destes estudos irão contribuir para disponibilizar um instrumento que permita mensurar a orientação dos fisioterapeutas relativamente às suas atitudes e crenças na avaliação e tratamento de utentes com DLC. A confirmar-se estes aspetos este instrumento pode ajudar a definir necessidades de formação com vista a modificação de atitudes e comportamentos menos adequados à obtenção de resultados efetivos da fisioterapia, avaliar o efeito de formações específicas, ou ser utilizado para investigar se a abordagem preferencial de intervenção dos fisioterapeutas influencia, as suas atitudes e comportamentos, as dos seus utentes, bem como os resultados obtidos.

## **2. REVISÃO LITERATURA**

### **2.1. Atitudes e crenças dos fisioterapeutas em relação à dor lombar crônica**

Uma crença é a informação conhecida acerca de um objeto e à forma como se compreende e encara uma dada situação, enquanto uma atitude advém de um conjunto de crenças que vão sendo adquiridas ao longo do tempo (Mutsaers, 2012).

As atitudes e crenças dos fisioterapeutas parecem influenciar a sua abordagem de intervenção nos mais diversos casos, nomeadamente nos casos de dor lombar crônica, o que, conseqüentemente pode afetar a efetividade do seu plano de tratamento. Como tal, as crenças dos fisioterapeutas sobre a efetividade dos tratamentos, a experiência clínica anterior e a sua relação com os utentes são fatores que, por vezes influenciam o processo de tomada de decisão (Foster, 2011). Em relação aos futuros fisioterapeutas que ainda se encontram a estudar é natural que as suas crenças venham a ser influenciadas pelas dos seus professores, em particular as dos seus educadores clínicos (Latimer, 2004). Para além disso, fatores relacionados com a experiência passada de dor lombar crônica e a sua educação anterior podem influenciar o comportamento destes estudantes. É possível que se um estudante tiver crenças inapropriadas em relação à dor lombar e que persistam após a conclusão do curso, estas possam vir a influenciar a sua capacidade de tratar utentes com dor lombar crônica (Latimer, 2004).

Nos últimos anos, têm sido realizados diversos estudos com o objetivo de compreender como é que as atitudes e crenças dos profissionais de saúde podem influenciar os seus utentes, uma vez que as crenças dos profissionais de saúde parecem condicionar o seu comportamento e, por sua vez, as estratégias de intervenção adotadas, o aconselhamento e a informação transmitida aos utentes/indivíduos (Daykin, 2004; Laekeman, 2008). Essas cognições podem causar impacto no tratamento da dor, uma vez que o seu comportamento é uma consequência destas e, ao serem expressas em palavras ou ações terapêuticas, também podem contribuir para a formação das cognições dos utentes. Como tal, as mensagens transmitidas por estes profissionais de saúde podem contribuir para um aumento ou diminuição, por exemplo, das crenças de medo-evitamento nos utentes, uma vez que estes têm tendência para reforçar as mesmas se sentirem que os profissionais de saúde as compartilham. Constatando que os fisioterapeutas passam um período de tempo considerável com os seus utentes, existe

uma ampla oportunidade de interação entre eles, e assim poderão influenciar reciprocamente as suas crenças (Houben, 2005a). Nos casos de dor lombar crónica, o impacto que os profissionais de saúde têm nos seus utentes pode contribuir para um nível de incapacidade associado e pela modificação das perceções/crenças dos utentes acerca das consequências da sua doença. Por exemplo, gerando novas atitudes por se prestar demasiada atenção à sua dor ou pelo aconselhamento de restrição das suas atividades do dia-a-dia (Domenech, 2011). Estes aspetos foram referidos no estudo realizado por Kerssens *et al.* (1999 cit. por Ostelo *et al.*, 2003), porque, de uma forma geral, estas são refletidas na orientação do tratamento dado pelos profissionais de saúde e são importantes na resolução dos casos de dor lombar crónica. Nesse sentido, ter conhecimento sobre as crenças dos fisioterapeutas e tentar alterar as que não são favoráveis pode contribuir para melhorar a estratégia de tratamento adotado e, por sua vez, os resultados obtidos (Laekeman, 2008; Ostelo, 2003).

Os fatores referidos anteriormente, também são reforçados pelos resultados obtidos na revisão sistemática desenvolvida por Darlow *et al.* (2011), em que o objetivo foi estudar a associação entre: as atitudes e crenças dos profissionais de saúde (incluindo os fisioterapeutas) e as dos utentes, a abordagem ao tratamento destes e os resultados da intervenção. Para tal, foram considerados 17 estudos (Bishop and Foster, 2005; Bishop *et al.*, 2008; Buchbinder *et al.*, 2001; Coudeyre *et al.*, 2006; Coudeyre *et al.*, 2007; Daykin and Richardson, 2004; Dean *et al.*, 2005; Houben *et al.*, 2005; Laekeman *et al.*, 2008; Linton *et al.*, 2002; McIntosh and Shaw, 2003; Poiraudau *et al.*, 2006<sup>a</sup>; Poiraudau *et al.*, 2006<sup>b</sup>; Rainville *et al.*, 2000; Sieben *et al.*, 2009; Watson *et al.*, 2008; Werner *et al.*, 2005 cit. por Darlow *et al.*, 2011) em que se verificou existir forte evidência de que as crenças dos profissionais de saúde sobre a dor lombar estão associadas às crenças dos seus utentes (Daykin and Richardson, 2004; Dean *et al.*, 2005; Werner *et al.*, 2005 cit. por Darlow *et al.*, 2011) e evidência moderada de que os níveis elevados das crenças de medo-evitamento dos profissionais também estão associados a elevados níveis de medo-evitamento entre os seus utentes (Poiraudau *et al.*, 2006<sup>b</sup>; Coudeyre *et al.*, 2007 cit. por Darlow *et al.*, 2011). Também foi encontrada evidência moderada reveladora de que as crenças dos profissionais com uma orientação biomédica (Bishop and Foster, 2005; Bishop *et al.*, 2008; Houben *et al.*, 2005; Laekeman *et al.*, 2008 cit. por Darlow *et al.*, 2011) ou elevadas crenças de medo-evitamento (Coudeyre *et al.*, 2006; Poiraudau *et al.*, 2006<sup>b</sup>; Rainville *et al.*, 2000; Sieben *et al.*, 2009 cit. por

Darlow *et al.*, 2011) têm maior propensão para aconselhar os utentes a limitar o seu trabalho e as suas atividades físicas. Por sua vez, estes profissionais também aderem menos às recomendações da evidência atual, apesar de estas reconhecerem a importância dos fatores psicossociais nos resultados obtidos no tratamento deste tipo de casos (Coudeyre *et al.*, 2006; Daykin and Richardson, 2004; Poiraudau *et al.*, 2006<sup>b</sup> cit. por Darlow *et al.*, 2011). No caso do estudo realizado por Linton *et al.* (2002 cit. por Vonk *et al.*, 2008), verificou-se que os profissionais de saúde que demonstram crenças de medo-evitamento têm tendência para aconselhar os seus utentes a evitar movimentos dolorosos.

## **2.2. Relevância que os fisioterapeutas atribuem aos aspetos psicossociais dos utentes na sua prática clínica**

Como tem vindo a ser descrito, as crenças e atitudes dos fisioterapeutas podem influenciar as suas preferências e a abordagem escolhida na sua prática clínica. Por sua vez, estes fatores poderão alterar a consideração dos aspetos psicossociais dos seus utentes no seu processo de tomada de decisão, na sua abordagem e dessa forma, influenciar os resultados da sua intervenção. Quando falamos em casos de dor lombar crónica estes aspetos psicossociais tornam-se ainda mais relevantes, não devendo ser esquecidos.

Atualmente, de acordo com a literatura, existem dois tipos de abordagem que podem ser encontrados nos tratamentos de fisioterapia dos casos de dor lombar crónica, sendo eles baseados em dois modelos de orientação diferentes. Por um lado, o modelo biomédico é baseado na noção de que a dor e a incapacidade são resultado de uma patologia física ou lesão tecidual. Nestes casos a abordagem do fisioterapeuta consiste em adaptar o seu tratamento de acordo com o nível de dor do utente, uma vez que esta é considerada um sinal de patologia ou lesão tecidual. O objetivo principal consiste em descobrir qual a patologia física que a está a causar e tratá-la. Nesta tipologia o tratamento é guiado pelo nível de dor que o utente apresenta. Por outro lado, o modelo biopsicossocial tem uma abordagem diferente, não sendo necessariamente a dor um sinal de patologia ou lesão tecidual, mas podendo sim ser influenciada por fatores sociais e psicológicos. Por causa destes fatores a incapacidade resultante dessa dor poderá ser sentida para além do período de tempo necessário para a regeneração

tecidual, consequente da patologia inicial. De acordo com este modelo, contrariamente ao anterior, a abordagem de tratamento é mais focada no aumento do nível de funcionalidade, de acordo com um período de tempo previamente estabelecido (Houben, 2005a; Mutsaers, 2012; Ostelo, 2003; Vonk, 2008).

Relativamente ao modelo biopsicossocial, e considerando as recomendações atuais das normas de orientação clínica existentes para o tratamento da dor lombar crónica, os aspetos psicossociais dos utentes apresentam um papel importante. Estes fatores chave, podem ser encarados como obstáculos à recuperação dos utentes com DLC e devem ser tidos em conta em todo o processo de tomada de decisão durante o seu tratamento. Estes fatores incluem, entre outros, a depressão, ansiedade, medo-evitamento, isolamento social, catastrofismo, perceções sobre o futuro ou baixa auto-eficácia (Foster, 2011). Contudo, segundo alguns estudos (Daykin and Richardson, 2004; Dean *et al.*, 2005; Crawford *et al.*, 2007; Parsons *et al.*, 2007 cit. por Darlow *et al.*, 2011), os profissionais de saúde continuam a intervir neste tipo de utentes através de uma abordagem biomédica. Estes fisioterapeutas muitas vezes recomendam atividades e programas de exercícios que se enquadram no modelo biopsicossocial, porém, justificam essas recomendações com base no modelo da lesão tecidual. Eles têm consciência da importância de considerar os fatores psicossociais na sua prática clínica, porém, a sua prioridade continua a ser a patologia tecidual (Darlow, 2011). Verifica-se que muitas vezes, estes profissionais ainda têm uma considerável orientação biomédica em relação às suas crenças sobre a dor, o que influencia o seu raciocínio clínico, incluindo as explicações dadas aos seus utentes (Overmeer, 2011).

Apesar da literatura disponível e do desenvolvimento de normas de orientação para a prática clínica, a evidência refere que a adesão às suas recomendações ainda é baixa, e que alguns profissionais manifestam até relutância em alterar a sua prática clínica (Kurtenbach, et al., 1997; Hüter-Becker, 2002; Weinberg, 2002; Beyerlein, 2002; Füßl, 2003; Harms, 2005; Vierregg, 2005 cit. por Laekeman, 2008). Também poderão ser encontrados casos em que houve uma aprendizagem do modelo biopsicossocial, contudo, não consideram esse conceito na sua prática clínica e preferem continuar a realizar os seus tratamentos baseados no modelo biomédico (Laekeman, 2008).

No caso dos fisioterapeutas que concluíram a sua formação há mais tempo, a evidência sugere que a sua prática ainda é baseada nos princípios que foram ensinados na sua formação base, em vez da que é fornecida pelos conhecimentos dos estudos recentes, ou seja a sua orientação continua a ser essencialmente biomédica. (Turner and Whitfield, 1999, cit. por Bishop, 2008). Esta dificuldade em integrar o conhecimento mais atual tem sido associada a diversos fatores (internos e externos) que podem ser considerados como potenciais barreiras à ocorrência de modificações na prática clínica dos profissionais de saúde. No caso dos fatores internos referentes às características individuais de cada profissional podem ser nomeados: a falta de conhecimento, as atitudes que vão contra as recomendações para a prática, ou a crença que alterações na sua prática não irão produzir alterações nos resultados dos seus tratamentos, a falta de confiança na sua capacidade de desempenhar alterações na sua prática clínica e crenças desadequadas acerca do seu papel enquanto profissional (Cabana, 1999 Espeland & Baerheim, 2003 cit. por Bishop, 2008). Porém, também podem ser encontradas barreiras externas que podem dificultar o processo de alteração de uma abordagem biomédica para a biopsicossocial na prática clínica dos fisioterapeutas, como é o caso das questões dos horários sobrecarregados, pressão devido a listas de espera, desincentivo financeiro e falha nos recursos para adotarem uma prática baseada na evidência (Bishop, 2008). Muitas vezes, estes fatores, que podem ser associados às crenças e atitudes destes profissionais em relação à dor lombar, podem ser visíveis na sua prática clínica pelas explicações dadas aos seus utentes em relação à causa da sua dor, e pelo facto de o tipo de tratamento escolhido (como por exemplo, modalidades electrofísicas) não ir ao encontro das recomendações fornecidas pelas atuais normas de orientação clínica (Bishop, 2008).

Considerar este tipo de conceito é um desafio, quer para os profissionais de saúde (incluindo os fisioterapeutas), quer para os seus utentes, uma vez que a dor que se mantem no tempo devido essencialmente a fatores psicossociais é muitas vezes interpretada como não sendo real mas sim uma ‘falha’ do utente (Toye & Barker, 2010 cit. por Darlow et al., 2011). Consequentemente, o desafio consiste em tornar o modelo biopsicossocial mais relevante para os profissionais de saúde e menos estigmatizante para os seus utentes. Alterar o comportamento dos fisioterapeutas é uma tarefa difícil e complexa, mas considerando os resultados que têm sido relatados através dos vários estudos e revisões sistemáticas desenvolvidas acerca do tema, seria relevante

desenvolver intervenções cognitivo-comportamentais para estes profissionais de saúde, de forma a melhorar não só as suas atitudes e crenças nas intervenções dos casos de dor lombar crónica, mas também influenciar de forma positiva as atitudes e crenças dos seus utentes (Darlow, 2011).

De um modo geral, verifica-se que os fisioterapeutas são da opinião de que a forma como os utentes vêm a sua dor, influencia a progressão dos seus sintomas e a terapia pode ser eficaz e aliviar completamente os sintomas funcionais, mesmo nos casos em que a dor continua presente (Ostelo, 2003). Segundo os resultados do estudo de Ostelo (2003), que averiguaram a opinião dos fisioterapeutas holandeses (n=421) acerca de vários aspetos sobre a abordagem de tratamento de casos de dor lombar crónica, foi possível verificar que, através da resposta dada a várias questões do questionário *The Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT), houve uma forte discordância com os seguintes itens (pontuação atribuída a cada item pode variar entre 1 – discordo totalmente e 6 – concordo totalmente): “*a dor lombar indica que algo de perigoso está errado com as suas costas*” (Média da pontuação: 1,6; Desvio padrão: 0,8); “*o desporto não é recomendado para utentes com dor lombar*” (Média da pontuação: 1,8; Desvio padrão: 0,9); e que “*os utentes com dor lombar crónica devem evitar toda a atividade física*” (Média da pontuação: 1,8; Desvio padrão: 1,0). Concluindo, os fisioterapeutas preferem focar o seu tratamento nas limitações funcionais do que no nível de dor. Estes resultados vão ao encontro das recomendações dadas pelas normas de orientação clínica, que referem a relevância dos fatores psicossociais, recomendam o seu tratamento e reforçam a importância de certificar que os utentes com dor lombar crónica compreendem que o seu problema e a realização das atividades habituais não representam nenhum perigo (Bishop, 2008; Ostelo, 2003). De forma a conseguir uma maior efetividade no tratamento destes casos e de prolongar esses resultados ao longo do tempo, torna-se necessário que a abordagem inclua estratégias positivas de *coping*<sup>1</sup>, para minimizar a incapacidade relacionada com a dor e depressão, e ajudar os utentes a incorporar atividade física nas suas rotinas diárias (Liddle, 2007).

---

<sup>1</sup> De acordo com Turner, Jensen & Romano (2000), as estratégias de *coping* (ativas ou passivas) podem ser definidas como “o esforço cognitivo e comportamental realizado pelo indivíduo, para controlar, reduzir e tolerar as necessidades internas e externas criadas pelos fatores stressantes”.

### 2.3. Dor Lombar Crónica

A dor lombar crónica foi o tema escolhido para o presente estudo uma vez que esta é uma das condições músculo-esqueléticas mais comuns, está associada a diferentes graus de incapacidade e representa elevados encargos económicos no sistema de saúde (custos diretos e indiretos) (Darlow, 2011; Verbeek, 2004). Considerando-a um problema médico, social e económico, cuja causa é frequentemente inespecífica, a sua resolução tem-se tornado um desafio constante para os cuidados de saúde (Houben, 2005a; Ostelo, 2003). Como tal, os fisioterapeutas têm oportunidade de desempenhar um papel importante na resolução e controlo deste problema de saúde tão comum nos dias de hoje, mas ao mesmo tempo tão complexo.

A prevalência da dor lombar durante a vida é de 84% e, após o primeiro episódio, em 44-78% dos casos ocorre recorrência da dor, e em 26-37% dos utentes é motivo de absentismo no trabalho. As suas causas específicas não são comuns (<15%). Nos casos de dor lombar crónica não específica existe pouca evidência científica acerca da sua prevalência, sendo sugeridos valores aproximados de 23% (Airaksinen, 2006). A sua elevada prevalência, associada ao elevado impacto que esta pode ter na qualidade de vida de um indivíduo, na sua capacidade para participar em diversas atividades/trabalho, e nos elevados custos associados em cuidados de saúde tornam a dor lombar uma prioridade nos objetivos dos cuidados de saúde primários (Bishop, 2008).

Para chegar a um diagnóstico de dor lombar crónica não-específica as normas de orientação clínica atuais recomendam fazer uma triagem inicial, em que são excluídos os casos de patologias específicas da coluna e da raiz nervosa e/ou a presença de *Red Flags* – avaliação de trauma recente, história anterior/atual de tumor, dor noturna severa e constante, dor constante não mecânica, perda significativa de flexão da coluna lombar, perda de peso inexplicável, fraqueza ao nível dos membros inferiores, dor torácica, HIV e/ou abuso de drogas (Airaksinen, 2006). De seguida deve-se fazer uma avaliação dos fatores de prognóstico – fatores relacionados com o trabalho, *stress* psicossocial, humor depressivo, severidade da dor e impacto funcional, episódios anteriores de dor lombar, reportar sintomas extremos e expectativas do utente (Airaksinen, 2006). A avaliação destes fatores de prognóstico antes do tratamento torna-se essencial uma vez que estamos a falar de uma condição que funciona como um sintoma em utentes que podem

apresentar vários estados de incapacidade, funcionalidade e cronicidade (Airaksinen, 2006).

Na ausência de uma lesão específica da coluna, todas as normas de orientação clínica referem o mesmo tipo de aconselhamento, ou seja motivar os utentes a manterem-se ativos, a continuarem as suas atividades normais, a manterem ou retomarem o seu trabalho, a evitarem o descanso na cama, a evitarem o uso de tratamentos passivos e a explicar que não existe nada de ‘perigoso’ com a sua lombar (Bishop, 2007; Houben, 2005a).

De acordo com as normas de orientação clínica desenvolvidas por Airaksinen *et al.* (2006), os conceitos que atualmente são recomendados para um tratamento conservador da dor lombar crónica são os seguintes:

- Terapia cognitivo-comportamental;
- Exercícios terapêuticos com supervisão;
- Intervenções educacionais breves;
- Tratamento multidisciplinar segundo uma abordagem biopsicossocial.

Também poderão ser considerados tratamentos que incluam manipulação/mobilização. Em relação às terapias físicas (como por exemplo: laser, ultra-som,...) estas não são recomendadas.

Para além das recomendações acerca dos aspetos a avaliar nestes utentes, e da tipologia de intervenção mais efetiva, a satisfação dos utentes com o seu processo de recuperação é um aspeto fundamental a ter em conta, porque quando os utentes estão satisfeitos, ficam mais dispostos a cooperar e a colaborar com o tratamento, o que irá permitir alcançar resultados mais efetivos (Hall *et al.*, 1998 cit. por Verbeek, 2004). As suas expectativas em relação aos tratamentos consistem essencialmente numa explicação para a causa da sua dor (diagnóstico), alívio desta, instruções e conselhos sobre como devem e a podem controlar. Assim sendo, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados torna-se importante seguir as recomendações resultantes da revisão sistemática realizada, relativamente a este tipo de casos (Verbeek, 2004).

### **2.3.1. Aspetos psicossociais associados à dor lombar e sua importância**

A forma como os utentes com dor lombar crónica não-específica lidam com o seu problema muitas vezes não está associada a fatores relacionados com a patologia física ou severidade da dor sentida, mas sim com as suas atitudes e crenças em relação à dor e funcionalidade. Esta relação permite explicar parte dos vários graus de incapacidade relatados pelos utentes com dor crónica (Latimer, 2004; Ostelo, 2003).

As atitudes e crenças dos utentes com dor lombar crónica podem ser influenciadas por diversos fatores, tais como, dor experienciada no passado, aspetos culturais e fatores sociais e económicos. Podem ainda ser fortalecidas se os utentes sentirem que o seu fisioterapeuta as partilha de igual forma. Como tal, é essencial reconhecer que a dor lombar crónica não está apenas associada a fatores fisiológicos, e que as crenças dos utentes podem influenciar os resultados da intervenção terapêutica, tornando-se assim fundamental compreender que as mesmas podem alterar a sua motivação e a efetividade dos tratamentos (Ostelo, 2003).

Na literatura, tem sido bem documentada a contribuição que os fatores psicossociais têm na experiência de dor dos indivíduos com dor lombar, o papel que estes têm enquanto barreira à sua recuperação e a sua importância na transição de uma situação grave para crónica. Estes fatores psicossociais foram determinados como *yellow flags* e incluem um vasto leque de questões, tais como (Bishop, 2008):

- A crença de que a dor lombar é prejudicial ou é uma incapacidade potencialmente severa;
- Comportamento de medo-evitamento (evitando o movimento ou atividade por antecipação da dor) e redução dos níveis de atividade;
- Tendência para ter mau humor e evitar interação social;
- Expectativa de que um tratamento passivo poderá ajudar, e não uma estratégia de tratamento ativo.

Na revisão sistemática de Darlow *et al.* (2011), é referido que durante o tratamento desta condição estes fatores podem manifestar-se principalmente, sobre a forma de depressão, *stress* psicológico, estratégias passivas de *coping*, crenças de medo-evitamento e catastrofização.

No seguimento de vários estudos, tem vindo a ser descrito que as crenças de medo-evitamento apresentam um papel importante como preditivo de dor crónica incapacitante, que pode manifestar-se com o medo da atividade física poder causar lesão. Em certos casos, o utente também poderá manifestar um processo de catastrofização, definido como uma reação exageradamente negativa perante um estímulo doloroso e/ou experiência dolorosa (Turk, 2011), em que para além do receio de se movimentar quando sente dor, evita a atividade física e aumenta a reatividade muscular, o que pode desencadear uma situação de desuso, depressão e incapacidade, sendo esta atitude considerada uma estratégia de *coping* passivo (atitude passiva em que o indivíduo desiste de controlar a dor por evitamento e diminuição da sua funcionalidade). Por outro lado, os utentes que não passem por este processo de catastrofização estarão mais aptos a realizar as atividades da vida diária e a recuperar com sucesso, sendo esta atitude considerada uma estratégia de *coping* activo (estratégias usadas pelo indivíduo para controlar a dor e melhorar a funcionalidade) (Houben, 2005a; Turner, 2000; Woby, 2007). A catastrofização pode estar relacionada com sensações corporais experienciadas como novas, intensas e inesperadas, e influenciadas pela personalidade (Sullivan et al., 1995 cit. por Houben, 2005a). Porém, essa perceção também pode ser influenciada por fatores externos, como é o caso das informações que os utentes recebem acerca das suas queixas, não só dos fisioterapeutas como de outras pessoas que tenham tido/têm a mesma condição (Sullivan, 2001 cit. por Houben, 2005a).

Existe cada vez mais indícios de que o medo da dor incapacita mais um indivíduo, do que a dor em si (Crombez, G. et al., 1999 cit. por Laekeman, 2008). O que os utentes pensam em relação à dor modifica a sua experiência assim como o seu comportamento perante a dor. Uma das consequências não desejadas no processamento de informação pode ser o medo da dor e, consequentemente, um comportamento de evitamento. Torna-se assim importante considerar este conhecimento no tratamento da dor lombar (Laekeman, 2008).

De acordo com o estudo de Woby *et al.* (2007), em que o objetivo foi determinar se as crenças de autoeficácia, que se referem à confiança que a pessoa tem na sua capacidade de desempenhar/ controlar determinado comportamento, influenciam a relação entre o medo da dor e os níveis de dor e/ou incapacidade, nos utentes com dor lombar crónica que já apresentam elevados níveis de medo da dor (n=102), foram

realizadas várias análises de regressão linear através dos resultados obtidos nos vários parâmetros em estudo, em que foram utilizadas diversas escalas de medida, nomeadamente: os níveis de dor foram medidos através da *Visual Analogue Scale* (VAS), os níveis de incapacidade através da *Roland Disability Questionnaire* (RDQ), os níveis de autoeficácia através da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSE), os níveis de medo da dor através da *Tampa Scale Kinesiophobia* (TSK) e os níveis de catastrofização através da subescala da *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ). No caso da autoeficácia, os resultados deste estudo revelaram relações negativas significativas com a intensidade, incapacidade e medo da dor. Quando a autoeficácia foi usada como mediador na relação entre o medo da dor e a sua intensidade, em que esta foi considerada a variável dependente, o medo da dor foi a variável que fez a maior contribuição para a variação dos níveis de autoeficácia (standardized  $\beta = -0,38$ ;  $p < 0,01$ ). Quando a intensidade da dor foi inserida como variável dependente, a autoeficácia revelou ser o preditor mais forte para a variação na intensidade da dor (standardized  $\beta = -0,42$ ;  $p < 0,01$ ). Quando a autoeficácia foi usada como mediador na relação entre medo da dor e incapacidade, em que a incapacidade foi considerada a variável dependente, a autoeficácia demonstrou ser o preditor mais forte (standardized  $\beta = -0,64$ ;  $p < 0,01$ ). Em termos clínicos, estes resultados revelam a necessidade de considerar tanto o medo relacionado com a dor, como a autoeficácia funcional, quando se está a tratar casos de dor lombar crónica. Isso significa que quando se estão a tratar utentes que demonstrem elevados níveis de medo relacionado com a dor e baixa autoeficácia funcional, é necessário considerar uma intervenção que promova a redução dos níveis de medo (incluindo as crenças de medo-evitamento e catastrofização) e aumente os níveis de autoeficácia funcional (Woby, 2007).

Em relação às crenças de medo-evitamento, que consistem no medo que o movimento provoque dor e/ou recidiva de lesão associado a um comportamento de evitamento em relação ao trabalho ou atividades físicas, existem estudos que explicam vários mecanismos que podem ser responsáveis pela relação entre a diminuição destas crenças e a respetiva diminuição da incapacidade (Woby, 2004). Diversos estudos têm encontrado evidência para o facto de a crença da dor estar invariavelmente associada ao movimento e às atividades e que isso constitui um fator importante no grau de incapacidade dos indivíduos com dor lombar crónica (Barrios & Riley, 1987; Put & Witkower, 1991; Riley et al., 1988; Slater et al., 1991 cit. por Houben, 2005a). No

estudo realizado por Woby *et al.* (2004), os resultados revelaram que as alterações nas crenças de medo-evitamento sobre o trabalho e a atividade física nos utentes com dor lombar crónica estavam significativamente relacionadas com a redução do nível de incapacidade ( $\beta = 0,31$  e  $\beta = 0,21$  respetivamente, com valor  $p < 0,05$ ). Por fim, a redução nas crenças de medo-evitamento em relação ao trabalho e às atividades físicas, e o aumento da perceção de controlo sobre a dor são preditivos da redução do nível de incapacidade funcional (Woby, 2004).

Concluindo, todos estes aspetos psicossociais, que são considerados indicadores de prognóstico nos casos de dor lombar, devem ser tidos em conta na prática clínica dos fisioterapeutas, uma vez que estes podem ser a chave para que a recuperação tenha um bom prognóstico e alcance resultados efetivos. Porém, a consideração ou não destes aspetos pode ser influenciada pelas crenças e atitudes dos fisioterapeutas acerca da dor lombar, assim como, pelas crenças e atitudes destes utentes perante a sua condição, até porque as mesmas podem ser reforçadas se forem partilhadas pelo seu fisioterapeuta. Consequentemente, a relação entre estes fatores, quer da parte do fisioterapeuta quer do utente, resulta na influência da abordagem de tratamento escolhida, o que por sua vez, poderá potenciar uma melhor qualidade dos cuidados prestados pelos fisioterapeutas, uma melhor relação utente-fisioterapeuta e influenciar a adesão aos programas de tratamento. Como tal, torna-se importante compreender até que ponto as atitudes e crenças dos fisioterapeutas podem ou não influenciar a sua orientação/abordagem de tratamento. Para investigar e compreender essa influência é necessário utilizar um instrumento de medida adequado e válido, sendo, atualmente, o *The Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT) o mais utilizado neste tipo de investigação.

#### **2.4. Pain Attitudes and Beliefs Scale**

A *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT) foi originalmente desenvolvida na Holanda, por Ostelo e seus colaboradores (Ostelo, 2003) com o objetivo de identificar as crenças e atitudes dos fisioterapeutas no tratamento dos casos mais comuns de dor lombar crónica, tendo sido excluídos os casos resultantes de síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fraturas, infeções, inflamações, tumor ou metástases (Ostelo, 2003). Através da identificação das crenças e atitudes dos

fisioterapeutas é possível determinar a abordagem preferencial dos fisioterapeutas nestes casos – orientação biomédica ou biopsicossocial.

Apesar de existirem outros instrumentos de medida para avaliar as atitudes dos profissionais de saúde, a PABS-PT é o único que foi desenvolvido por fisioterapeutas, com itens representativos para os mesmos, e com uma estrutura de dois fatores (fator biomédico e fator biopsicossocial) que permite obter uma informação mais detalhada acerca da orientação de tratamento destes profissionais de saúde. Estes aspetos são ainda mais relevantes quando estamos a referir-nos a utentes com dor lombar crónica não específica cujas queixas são bastante complexas e muitas vezes não podem ser atribuídas exclusivamente a causas biomédicas ou biopsicossociais (Houben, 2005a).

Este questionário poderá ser utilizado para diversas aplicações práticas, nomeadamente investigar se a abordagem preferencial de intervenção dos fisioterapeutas durante o processo de reabilitação destes casos, influência, ou não, o seu atual comportamento, assim como, as atitudes dos seus utentes. Para além disso, também é um instrumento importante para avaliar o efeito de cursos de educação específica destinados a esta área da fisioterapia, e para a monitorização do desenvolvimento das orientações de tratamento dos estudantes de fisioterapia durante a sua formação (Houben, 2005a; Laekeman, 2008; Vonk, 2008).

Durante o estudo que deu origem a este instrumento de medida foram reunidos itens referidos em questionários que abordavam as atitudes e crenças dos utentes sobre a dor crónica, e que posteriormente foram refeitos considerando o ponto de vista dos fisioterapeutas. Os instrumentos considerados foram os seguintes: *Tampa Scale for Kinesiophobia* (TSK) – relacionado com o medo de realizar movimentos e atividades físicas; *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) – que mede a orientação excessivamente negativa em relação à dor; *The Back Beliefs Questionnaire* (BBQ) – que mede as atitudes e crenças do utente tendo em conta a inevitabilidade da sua dor nas costas; *The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ) – que se foca nas crenças dos utentes sobre como a atividade física e o trabalho afetam a sua dor lombar. Para além destes instrumentos foram ainda adicionados itens que os autores consideraram relevantes acerca do tratamento da dor lombar crónica. Seguidamente ocorreu um processo de revisão em que foram consultados vários fisioterapeutas, com experiência na área, envolvidos na formação destes profissionais de saúde acerca da abordagem cognitivo-

comportamental, e investigadores na área da dor crónica. Após este procedimento, o questionário final resultou em 31 itens – consultar Anexo I. Os itens 1, 11, 13, 15, 19, 20, 21 e 30 basearam-se na TSK, os itens 23 e 27 na BBQ, e os itens 9 e 14 na FABQ. Os restantes itens foram adicionados pelos investigadores do estudo.

Após análise fatorial, os 31 itens da escala foram divididos em duas subescalas: a biomédica (fator 1) e a biopsicossocial (fator 2). Porém, previamente foram excluídos alguns itens de forma a evitar o viés dos resultados (total de itens excluídos: 11). Assim, apenas foram analisados os restantes 20 itens em que se confirmou a presença dos dois fatores, cada um com os seguintes itens: *fator 1* – 4, 5, 9, 10, 13, 14, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 30 e 31; *fator 2* – 3, 6, 7, 11, 12 e 27 (Ostelo, 2003).

Considerando a análise fatorial preliminar e o reduzido número de itens que media o fator biopsicossocial, a par da fraca consistência interna observada nesse fator, foram adicionados, à versão anterior de 31 itens, mais 5 ao fator biopsicossocial pelos mesmos peritos que estiveram envolvidos no desenvolvimento da PABS-PT (Houben et al. 2005a). A versão final da escala passou assim a ser constituída por 36 itens (consultar anexo II).

Posteriormente, foi novamente analisada a estrutura fatorial do instrumento com 36 itens, assim como as restantes propriedades psicométricas, numa amostra de 295 fisioterapeutas holandeses (recrutados de diversas amostras de conveniência). Após a análise fatorial foram mantidos os dois fatores iniciais, em que o fator 1 (biomédico) é composto por 11 itens (10, 14, 20, 22, 23, 24, 25, 30, 31 e 35) e o fator 2 (biopsicossocial) por 9 itens (6, 7, 11, 12, 17, 27, 29, 33 e 34) (Houben, 2005a).

Para responder a este instrumento é pedido aos fisioterapeutas para pontuarem os vários itens acerca do tratamento da dor lombar crónica. A pontuação de cada afirmação é feita de acordo com uma escala de Likert de seis pontos, que varia desde “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. No fim o cálculo da pontuação é feito pela soma das respostas correspondentes a cada subescala (biomédica e biopsicossocial). Pontuações mais elevadas numa subescala indicam uma forte orientação de tratamento nesse sentido (Bishop, 2007; Bowey-Morris, 2010; Houben, 2005a; Laekeman, 2008; Ostelo, 2003).

De acordo com uma das análises, que têm sido desenvolvidas acerca desta escala, verificou-se que as respostas obtidas ao questionário foram muito homogêneas e que apenas alguns fisioterapeutas obtiveram pontuação no extremo das categorias (Houben, 2005a). Um dos motivos para esse facto poderá ser devido a interpretação dos resultados da PABS-PT, em que não se deve interpretar a orientação biomédica e a orientação biopsicossocial como dois opostos da mesma escala mas sim como dois fatores importantes para determinar a orientação dos fisioterapeutas (Houben, 2005a; Vonk, 2008).

#### ***2.4.1. Propriedades Psicométricas de um instrumento de medida***

Para que um instrumento de medida possa ser considerado válido e apto a ser usado em investigação clínica é necessário avaliar as suas propriedades psicométricas, tais como a validade, a fidedignidade, a interpretabilidade e o poder de resposta. Só quando estas propriedades psicométricas são verificadas é que os resultados obtidos através da aplicação desse instrumento de medida podem ser considerados válidos e fiáveis (Bowling, 2009). Deste modo, os mesmos poderão assim, ser tidos em conta durante o processo de tomada de decisão e escolha da intervenção mais adequada a cada caso (Bowling, 2009; Mokkink, 2010). Como tal, torna-se essencial continuar a desenvolver estudos que avaliem de forma adequada e com rigor metodológico as propriedades psicométricas dos vários instrumentos de medida desenvolvidos, para que sejam obtidas conclusões fiáveis que permitam ponderar a sua utilização no contexto clínico dos vários profissionais de saúde, incluindo os fisioterapeutas (Bishop, 2008; Bowling, 2009).

Neste estudo, apenas foi desenvolvido um contributo para a avaliação destas propriedades. De acordo com as recomendações de Mokkink *et al.* (2010), foram estudadas a validade, incluindo a tradução e adaptação cultural, e a fidedignidade do instrumento PABS por serem consideradas essenciais em qualquer instrumento de medida. De salientar, que durante este estudo, foi adotada a taxonomia desenvolvida pela COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments*) (Mokkink, 2010).

#### 2.4.1.1. *Validade*

A validade de um instrumento de medida está relacionada com a exatidão com que um conceito é medido, ou seja, corresponde ao grau de precisão com que os conceitos são representados pelos enunciados do instrumento de medida. Existem três formas de estimar a validade, sendo elas as seguintes (Bowling, 2009; Fortin, 2009; Mokkink, 2010):

- *Validade do conteúdo* – é a grandeza pela qual um instrumento reflete de forma adequada o conteúdo que deve medir.
- *Validade de critério* – refere-se à grandeza pela qual um instrumento reflete de forma adequada um “padrão de ouro”; neste tipo de instrumentos de medida não se aplica o “padrão de ouro”;
- *Validade de constructo* – consiste em validar a estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida e verificar as hipóteses de associação; a validade de constructo abrange três aspetos: a validade estrutural; o teste de hipóteses (que inclui validade convergente e discriminativa); a validade da adaptação cultural.

De acordo com a terminologia adotada, este estudo irá avaliar a validade de conteúdo e de constructo. A validade de constructo será avaliada através da tradução e adaptação cultural do instrumento para a língua portuguesa, da validação da estrutura fatorial, e do teste de hipóteses, ao correlacionar a PABS-PT com outro instrumento de medida de constructo similar.

- ***Processo de adaptação cultural de um instrumento de medida***

Nos dias de hoje, com o aumento da realização de projetos de investigação na área da saúde em várias línguas e em diferentes ambientes culturais, começou a surgir rapidamente a necessidade de adaptar os instrumentos de medida de forma a serem usados noutras línguas/culturas para além da original (Beaton, 2002). O processo de adaptação cultural e tradução dos instrumentos de medida autoadministrados em saúde, que pretendem ser usados num novo país, cultura ou língua, requer a aplicação de uma metodologia própria de modo a obter equivalência a vários níveis entre a língua de

origem e a língua para a qual está a ser traduzido (MAPI Institute, 2001; Beaton, 2002). Portanto, mesmo que o instrumento apenas vá ser aplicado a culturas diferentes é necessário, para além da tradução dos vários itens em termos linguísticos, adaptá-los culturalmente no sentido de ser mantida a validade de conteúdo do instrumento em cada cultura (Beaton, 2002). Assim, torna-se fundamental, aplicar este processo neste estudo para garantir que a validade de conteúdo da PABS-PT é mantida na versão portuguesa. Neste estudo, foi realizada a tradução e adaptação cultural da língua inglesa para a língua portuguesa, para posteriormente esta nova versão da PABS-PT poder ser usada no seguimento desta investigação. O processo de tradução e adaptação cultural encontra-se descrito no capítulo da metodologia.

- ***Validade de Constructo – Estrutura fatorial da PABS***

A avaliação da estrutura fatorial é uma componente fundamental do processo de adaptação e validação de um instrumento a uma nova língua (Mokkink, 2010). Pretende-se desta forma verificar se a estrutura fatorial do instrumento que assenta em duas subescalas, se mantém válido, numa amostra de fisioterapeutas portugueses. Como foi anteriormente referido, a estrutura fatorial da PABS-PT foi realizada em dois estudos (Ostelo, 2003; Houben et al., 2005a), sendo a escala descrita como tendo dois fatores (orientação biomédica; orientação biopsicossocial)

No estudo original, realizado pelo autor da escala, participaram 421 fisioterapeutas, durante a análise fatorial à escala PABS-PT, em que se pretendeu identificar a existência de dimensões subjacentes, verificou-se que apenas para o fator 1 (orientação biomédica) apresentou valores aceitáveis na consistência interna ( $\alpha$  Cronbach = 0,84) e na variância (25,2%), enquanto no fator 2 (orientação biopsicossocial) os valores foram bastante inferiores ( $\alpha$  Cronbach = 0,54; 8,2% de variância) (Ostelo 2003). Contudo, no estudo realizado por Houben, et al. (2005a), em que participaram 297 fisioterapeutas, foi realizada uma nova análise fatorial exploratória à PABS-PT (em que foram adicionados cinco novos itens) e verificou-se que ao aumentar o número de itens relativos ao fator 2 os valores da consistência interna passaram a ser satisfatórios ( $\alpha$  Cronbach = 0,68) (Houben, 2005a; Laekeman, 2008). Estes resultados também foram apresentados na revisão sistemática de Bishop *et al.* (2007), cujo objetivo foi analisar e rever a qualidade de vários instrumentos de medida

que avaliam atitudes e crenças dos profissionais de saúde sobre a dor lombar crónica, nomeadamente a PABS-PT.

É necessário ter em conta que em ambos os estudos (Ostelo, 2003; Houben, 2005a), vários itens foram excluídos da análise porque, antes da análise fatorial, foi estudada a heterogeneidade das respostas dadas, e verificou-se que alguns apresentavam respostas no extremo das categorias (entre 1-2 ou 5-6). O que significa que nestes casos o fisioterapeuta ou concordou totalmente ou discordou totalmente com esses itens. Estes itens refletiam questões abordadas nas normas de orientação clínica para o tratamento da dor lombar crónica e como tal, esse pode ter sido um dos motivos que levou os fisioterapeutas a responder da mesma forma, não sendo esse fator indicativo de que a sua abordagem de tratamento vai ao encontro desses itens, podendo apenas ser indicativo de que têm conhecimento da informação fornecida pelas normas de orientação clínica e que responderam dessa forma por saberem que essa era a resposta mais adequada a este tipo de casos (Houben, 2005a).

No estudo de Laekeman *et al.* (2008), em que participaram 280 fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia, através da análise fatorial exploratória foram identificados dois fatores. O fator 1 (subescala biomédica) explicou 21,5% da variância total e o fator 2 (subescala biopsicossocial) explicou 3,6%.

- ***Validade de Constructo – Teste de Hipóteses***

Em relação ao teste de hipóteses, foi investigada a validade convergente que consistiu na avaliação da extensão com que a PABS-PT se correlaciona com outra escaça que mede um constructo semelhante. Ao avaliar dois instrumentos de medida que, de acordo com estudos prévios, medem constructos semelhantes será previsto verificar valores de correlações entre eles de moderadas a fortes (Fortin, 2009).

Assim, no estudo de Houben *et al.* (2005a), para além da análise da estrutura fatorial, os autores analisaram a validade de constructo deste instrumento através da comparação do mesmo com outros instrumentos que medem constructos semelhantes, nomeadamente a *Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* (HC-PAIRS). Para tal, foi determinado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) em ambos os fatores, em que se verificou que uma correlação moderada, estatisticamente

significativa (valor  $p < 0,001$ ), na direção esperada, entre as pontuações da PABS-PT e as da HC-PAIRS – para o fator 1 (biomédico)  $r = 0,517$  e para o fator 2 (biopsicossocial)  $r = -0,472$ . De acordo com os autores deste estudo foi determinado que a PABS-PT é uma medida válida na avaliação da orientação de tratamento dos fisioterapeutas e sugerem, com base nos resultados obtidos, que este instrumento de medida pode ser preditivo da percepção que os fisioterapeutas têm em relação às atividades da vida diária que podem ser prejudiciais e das recomendações dadas durante o tratamento com vista a recuperar a atividade normal (Houben, 2005a).

Noutro estudo realizado pelo mesmo autor, foi medido o valor preditivo diferencial das medidas de atitudes, implícitas e explícitas, em relação ao comportamento dos profissionais de saúde durante o tratamento. Para tal, trinta e seis estudantes de fisioterapia preencheram instrumentos de medida de atitudes explícitas – a PABS-PT, HC-PAIRS e TSK – e um instrumento de medida de atitudes implícitas – a *Extrinsic Affective Simon Task* (ESAT). Relativamente aos valores do coeficiente de correlação de *Pearson* entre os resultados da PABS-PT e da HC-PAIRS estes não foram relevantes, uma vez que o coeficiente do fator biomédico foi  $r = 0,34$  e o fator biopsicossocial foi  $r = -0,20$ , em que apenas o fator biomédico obteve um valor estatisticamente significativo (valor  $p < 0,05$ ) (Houben, 2005b).

No estudo da versão alemã da PABS-PT, realizado por Laekeman *et al.* (2008), em que participaram 280 fisioterapeutas na análise das propriedades psicométricas, foi avaliada a sua validade de constructo através da comparação deste instrumento com outros com constructos semelhantes, a *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK) e os casos clínicos em papel (*patient vignettes*), desenhados para medir as atitudes dos fisioterapeutas. A sua validade de constructo foi confirmada por valores estatísticos significativos (valor  $p < 0,01$ ) e pelos valores relevantes de correlação ( $r$  entre 0,37 e 0,72). Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre a PABS-PT e a TSK foram  $r = 0,72$  para o fator biomédico e  $r = -0,54$  para o fator biopsicossocial. No caso da correlação entre a PABS-PT e os casos clínicos relativos às recomendações para a actividade foram  $r = 0,46$  para o fator biomédico e  $r = -0,38$  para o fator biopsicossocial. No caso da correlação entre a PABS-PT e os casos clínicos relativos às recomendações para o trabalho foram  $r = 0,46$  para o fator biomédico e  $r = -0,37$  para o fator biopsicossocial. Na opinião dos autores do estudo, os baixos valores de correlação

observados para o fator biopsicossocial podem ter ocorrido devido ao reduzido número de itens deste fator, comparativamente ao fator biomédico.

Por fim, em 2012 foi desenvolvida uma revisão sistemática realizada por Mutsaers e seus colaboradores, em que foram avaliadas as propriedades psicométricas da PABS-PT, tais como: consistência interna, fiabilidade teste-reteste e validade de constructo. Relativamente à validade de constructo foram identificados cinco estudos em que apenas quatro revelaram resultados positivos, sendo eles os seguintes: Houben et al., 2005a, Houben et al., 2005b, Bishop et al., 2008 e Fullen et al., 2011. No estudo de Bishop, *et al.* (2008), verificou-se que o aconselhamento prestado pelos profissionais de saúde em relação ao trabalho estava significativamente relacionado com as pontuações da PABS-PT. No caso dos conselhos referentes aos utentes se manterem afastados do trabalho, foram identificadas pontuações elevadas na subescala biomédica ( $F_{1,986} = 77,5, p < 0,001$ ) associadas a baixas pontuações na subescala biopsicossocial ( $F_{1,981} = 31,9, p < 0,001$ ). Num estudo semelhante, Fullen *et al.* (2011) verificaram que fatores relacionados com a prática médica (adesão às normas de orientação clínica e número de anos de qualificação) apresentaram um resultado estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) na pontuação da subescala biomédica da PABS-PT. No estudo de Houben et al. (2005b) os resultados encontrados indicaram que a orientação do tratamento realizado pelos fisioterapeutas é preditivo de uma classificação prejudicial nas fotografias que retratam a atividade física (Photographic Series of Daily Activities - PHODA) e o trabalho. Ambos os fatores da PABS-PT demonstraram ser preditores consistentes das opiniões da PHODA e das recomendações para a atividade física e para o retorno ao trabalho ( $p < 0,01, p < 0,001, p < 0,05$  respetivamente). Porém, apenas no estudo realizado por Houben *et al.* (2005a), referido anteriormente, foram apresentados os valores correlacionais entre a PABS-PT e os outro(s) instrumento(s) referidos anteriormente (Mutsaers, 2012).

#### 2.4.1.2. Fiabilidade

A fiabilidade está relacionada com o grau de correlação do instrumento com ele próprio, ou seja, com a constância dos resultados que ele fornece quando o instrumento é aplicado em condições semelhantes. Apesar de ser uma das propriedades essenciais que deve estar presente nos instrumentos de medida, não é uma condição suficiente para

estabelecer a validade. A fiabilidade é expressa sob a forma de coeficiente de correlação e, como qualquer outra técnica de medida, contém uma parte de erro atribuível ao acaso, o que pode variar o seu coeficiente entre 0,00, (para a ausência de correlação) e aproximadamente 1,00 (para uma correlação quase perfeita em que o instrumento gera poucos erros). Como tal, a variação aceitável para o coeficiente de fiabilidade deve variar entre 0,70 e 0,90 (Fortin, 2009).

De acordo com Mokkink *et al.* (2010) existem três meios de verificar a fiabilidade de um instrumento de medida, sendo eles: a consistência interna, a fiabilidade (teste-reteste, intra-observador e inter-observador) e o erro de medida. No caso deste estudo, apenas será avaliada a consistência interna, que apresenta as seguintes características (Bowling, 2009; Fortin, 2009; Mokkink, 2010):

- *Consistência Interna* – corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida após a sua utilização. Caso se confirme a estrutura bidimensional da versão portuguesa da PABS-PT, a consistência interna tem que ser estimada para cada um dos fatores; a técnica mais correntemente utilizada para avaliar o grau de correlação entre os enunciados e a que irá ser considerada neste estudo é o alpha de Cronbach.

No estudo da adaptação e validação para língua alemã da PABS-PT (estudo já descrito na secção anterior), foi realizada uma análise fatorial que confirmou a existência dos dois fatores/subescalas. Na avaliação da consistência interna, os autores reportaram um coeficiente  $\alpha$  Cronbach de 0,77, para o fator biomédico e 0,58 para o fator biopsicossocial (Laekeman, 2008). Para o estudo da fiabilidade teste-reteste, foram considerados 79 participantes, cujo coeficiente de *Pearson* foi de 0,83 para a subescala biomédica e de 0,70 para a subescala biopsicossocial (Laekeman, 2008).

Em 2010, Bowey-Morris e seus colaboradores, realizaram um estudo para avaliação da fiabilidade teste-reteste da PABS-PT numa amostra de 71 profissionais de saúde (médicos de cuidados primários). Apesar de o intervalo de tempo para a realização deste tipo de teste ter sido relativamente longo (3 meses), os resultados obtidos demonstraram uma boa fiabilidade, com valores para o coeficiente de

Correlação Intra-Classe ( $ICC_{2,1}$ ) de 0,806 para o fator biomédico e de 0,653 para o fator biopsicossocial ( $p = 0,001$ ) (Bowey-Morris, 2010).

No caso do outro estudo, realizado por Watson *et al.*, (2008), foi utilizada uma versão adaptada da PABS-PT de Houbens' 36 itens. A amostra considerada foi constituída por 83 profissionais de saúde em que um dos objetivos deste estudo consistiu em investigar a fiabilidade da PABS. Os resultados obtidos revelaram uma boa consistência interna (em que apenas foram considerados 19 itens), cujos valores para  $\alpha$  Cronbach foram de 0,79 para o fator biomédico e 0,60 para o fator biopsicossocial.

Por fim, na revisão sistemática desenvolvida por Mutsaers e seus colaboradores, em 2012, relativamente à consistência interna quatro estudos revelaram resultados positivos, em já referidos anteriormente, tais como: Ostelo, *et al.* (2003); Houben, *et al.* (2005); Watson, *et al.*, (2008); e Laekeman *et al.* (2008). A fiabilidade teste-reteste foi avaliada nos estudos de Laekeman *et al.*, (2008) e Bowey-Morris *et al.*, (2010), cujos resultados já foram referidos anteriormente (Mutsaers, 2012).

Resumindo, apesar da evidência disponível acerca das propriedades psicométricas da PABS-PT apresentar resultados positivos, a adaptação cultural do instrumento a uma nova língua obriga à realização do estudo das propriedades psicométricas da versão adaptada.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Identificação dos objetivos do estudo**

A investigação realizada nos últimos anos sugere que as crenças e atitudes dos fisioterapeutas influenciam a sua prática e os resultados obtidos no tratamento dos utentes com dor lombar crónica (Bishop, 2008). De uma forma geral, as atitudes e crenças relativas à dor lombar e ao seu grau de incapacidade podem influenciar a orientação do tratamento prestado e as recomendações dadas por estes profissionais de saúde aos utentes com dor lombar crónica (Ostelo, 2003). Assim, o impacto que estes profissionais têm nos seus utentes pode influenciar o seu grau de incapacidade pela modificação das suas perceções, e por sua vez, das atitudes dos mesmos em relação às consequências da sua doença e às restrições nas atividades da vida diária (Domenech, 2011; Ostelo, 2003).

Consequentemente, é crucial analisar as crenças e atitudes dos fisioterapeutas que desempenham um papel essencial no seu comportamento e na informação que prestam aos seus utentes. Esta análise é importante, pois estes fatores são essenciais na abordagem adotada para o tratamento dos casos de dor lombar crónica (Houben, 2005b; Laekeman, 2008; Ostelo, 2003). Como tal, as crenças e atitudes dos fisioterapeutas podem influenciar os resultados dos seus tratamentos porque de acordo com a evidência disponível esta sugere que estas afetam a sua perceção em relação às características dos utentes e à forma como lidam com os seus casos. Logo, adquirir conhecimentos acerca da forma de medir e alterar as suas crenças e atitudes pode ajudar a melhorar os cuidados ao utente, sendo para tal necessário usar instrumentos de medida válidos (Mutsaers, 2012).

Apesar do estudo das características psicométricas do PABS-PT ter sido realizado noutros países, em Portugal, do nosso conhecimento, não há nenhum estudo que tenha adaptado a PABS-PT para a língua e cultura portuguesa. Assim, o presente estudo tem como principais objetivos adaptar culturalmente o PABS-PT para a população Portuguesa de Fisioterapeutas que intervêm na área das condições músculo-esqueléticas, e contribuir para a sua validação, através da avaliação do seu conteúdo, estrutura fatorial, validade convergente e discriminativa, e consistência interna. Secundariamente, e considerando o pressuposto de que a orientação preferencial dos fisioterapeutas

(crenças e atitudes) influencia a sua prática e os resultados obtidos no tratamento da dor crónica, procurou-se determinar os efeitos do género, formação, experiência profissional e experiência pessoal na abordagem preferencial dos fisioterapeutas e estudantes finalistas do curso de licenciatura em fisioterapia nos casos de dor lombar.

De forma a ir ao encontro dos objetivos pretendidos, este estudo foi realizado em duas fases distintas: na primeira fase realizou-se a adaptação cultural da versão original da PABS para a língua portuguesa; numa segunda fase procedeu-se ao estudo de validação da versão portuguesa, através da avaliação da estrutura fatorial, validade convergente e discriminativa, e consistência interna. Posteriormente, explorou-se a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos fisioterapeutas e estudantes finalistas, do curso de licenciatura em fisioterapia, reportados na literatura, e a sua abordagem preferencial, traduzida na pontuação da PABS.

## 3.2. ESTUDO 1 – Adaptação Cultural da PABS-PT

### 3.2.1. *Tipo de estudo*

Realizou-se um estudo metodológico de validação da PABS-PT. O processo de adaptação cultural seguiu as recomendações das normas orientadoras propostas por Beaton *et al.* (2002) e pelo MAPI *Institute* (2001). Assim, e de acordo com as mesmas, o processo de adaptação cultural organizou-se em seis passos consecutivos, que descrevemos em seguida:

#### **a. Tradução para a língua portuguesa**

Após solicitação e receção da autorização do autor deu-se início ao processo de tradução (Apêndice I – pedido; Anexo III - autorização), do questionário, respetivas instruções, das opções de resposta e da pontuação. A tradução do instrumento da língua original para a língua portuguesa foi realizada por dois tradutores independentes entre si, selecionados de acordo com os seguintes critérios (Beaton, 2000, 2002; Gjersing, 2010; Guillemin, 1993; Wild, 2005):

- Tradutores bilingues – cuja língua materna é a portuguesa, com formação no *International English Language Testing System* (IELTS) – *academic test*, e com formação académica (Mestrado/Doutoramento) realizada no país da língua de origem do questionário – Reino Unido.
- Tradutores com perfis diferentes – um dos tradutores deve ter conhecimento acerca do tipo de conceitos retratados no questionário, de forma a que a tradução seja feita numa perspetiva de âmbito clínico, produzindo uma melhor equivalência aos termos originais. O outro tradutor, pelo contrário, não deve estar informado sobre os conceitos referidos no instrumento, e de preferência não ter um *background* médico/clínico. Este aspeto pode ser importante para detetar diferenças subtis no significado das palavras originais, refletindo assim uma linguagem mais comum à população em geral.

No seguimento destes critérios, foi entregue um pedido de colaboração (Apêndice II), tendo as tradutoras selecionadas apresentado as seguintes características: uma era fisioterapeuta e docente do Ensino Superior Politécnico, conhecedor do conceito e bilingue (Apêndice III); a segunda era Interna do Complementar de Medicina

Interna, desconhece o conceito e também é bilingue (Apêndice IV). Para além da tradução em si, foi solicitado aos tradutores para, em espaço próprio, referirem o motivo que os levou às suas escolhas ou quais as incertezas que lhes surgiram.

#### **b. Versão síntese de consenso**

As duas traduções realizadas foram posteriormente analisadas e sintetizadas por um painel constituído por três elementos independentes, obtendo-se assim uma primeira versão de reconciliação do instrumento (Beaton, 2000, 2002; Gjersing, 2010). Esta versão síntese consistiu num consenso entre as duas traduções (Nº1 e Nº2) de forma a encontrar para cada item aquela que melhor reflete o significado original e se adequa à cultura portuguesa (Apêndice V). Neste processo de síntese foram devidamente justificadas e documentadas as escolhas tomadas e todas as dúvidas foram resolvidas por consenso (Beaton, 2000, 2002; Guillemin, 1993). Uma vez alcançado o consenso, obteve-se a versão síntese 1 do instrumento (Beaton et al, 2000).

#### **c. Retroversão**

Considerando a versão síntese portuguesa, elaborada anteriormente, o questionário foi novamente traduzido, agora para a língua original (retroversão). Este processo foi realizado por dois retradutores independentes entre si, cegos relativamente ao processo de tradução, e selecionados, de acordo com os seguintes critérios:

- Tradutores bilingues, de língua materna inglesa, independentes dos primeiros tradutores e cegos em relação à versão original (Beaton *et al*, 2000);
- Tradutores sem informação dos conceitos explorados (Beaton, 2000, 2002; Guillemin, 1993).

Após o pedido de colaboração (Apêndice VI), as retradutores apresentavam as seguintes características: a primeira era Docente do Ensino Superior (Apêndice VII); a segunda era Terapeuta da Fala em situação de reforma (Apêndice VIII).

De igual forma como o decorrido no processo de tradução, com base nestas duas retroversões elaborou-se uma versão síntese em língua inglesa. Tal como na versão

síntese referente à tradução, a versão síntese da retroversão consistiu num consenso entre as duas retroversões (Nº1 e Nº2) de forma a encontrar para cada item aquela que melhor refletisse o significado original (Apêndice IX). Neste processo de síntese foram devidamente justificadas e documentadas as escolhas tomadas e todas as dúvidas foram resolvidas por consenso (Gjersing, 2010; Wild, 2005).

#### **d. Validação por Comité de Peritos**

De forma a consolidar todas as versões do questionário, e a contribuir para o desenvolvimento da versão final a utilizar no estudo seguinte, foi consultado um comité de peritos, constituído não só por todos os membros envolvidos nas etapas anteriores mas também por dois peritos em condições músculo-esqueléticas, no processo metodológico, ou em linguística (Beaton, 2002; Guillemin, 1993). Para além destes elementos, foi mantido o contacto com os autores da versão original do questionário para esclarecer alguma questão que pudesse surgir durante o desenvolvimento da versão final do questionário traduzido. Esta etapa foi realizada de forma a garantir a validade do conteúdo do questionário, sendo crucial para alcançar a equivalência da adaptação cultural de tradução do instrumento, consolidar todas as versões do questionário e permitiu desenvolver a versão final a ser utilizada posteriormente (Beaton, 2000, 2002; Guillemin, 1993).

Os critérios de seleção para o Comité de Peritos foram os seguintes:

- Profissionais de saúde peritos em condições músculo-esqueléticas;
- Peritos no processo metodológico ou em linguística

A estes peritos foi pedida a análise da versão traduzida para língua portuguesa quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial com a versão original do instrumento, de forma a obter uma versão de consenso (Beaton, 2000, 2002):

- *Equivalência semântica* – relacionada com os diferentes significados de uma dada palavra e com as questões gramaticais;
- *Equivalência Idiomática* – no caso dos coloquialismos e idiomas o comité poderá ter de formular uma expressão equivalente na versão traduzida;

- *Equivalência experiencial* – relacionada com as atividades da vida diária referidas na versão original que podem variar entre os países ou culturas em causa. Como tal, nessas situações não é suficiente realizar apenas a tradução, sendo necessário o comité encontrar uma atividade similar adequada à cultura alvo;
- *Equivalência conceptual* – relacionada com o diferente significado conceptual que determinadas palavras podem ter.

Como tal, foi elaborado um Dossier para o Comité de Peritos (Apêndice X) em que na primeira parte constou uma explicação do estudo, incluindo os objetivos pretendidos, instruções de preenchimento e identificação dos autores. Na segunda parte foi elaborada uma grelha onde os peritos puderam analisar as seguintes versões do questionário: versão original, versão síntese da tradução e versão síntese da retroversão, sendo seguidas de uma área específica para comentários e sugestões acerca de cada item do questionário. Por fim, a terceira parte foi constituída por itens de caracterização profissional de cada elemento do Comité.

De forma a confirmar se a equivalência conceptual e semântica foi mantida durante este processo, solicitou-se ao autor do instrumento o seu parecer em relação à versão de consenso da retroversão da PABS-PT (Apêndice XI).

Por fim, de acordo com os resultados obtidos nesta etapa e na etapa anteriormente referida, realizaram-se as respetivas correções ou alterações à versão final.

#### **e. Estudo Piloto**

A realização do estudo piloto teve por finalidade testar a versão portuguesa em termos de compreensão e clareza das instruções e dos itens do instrumento, e verificar se existiam erros na tradução. Assim, o estudo piloto, permitiu testar se os termos utilizados foram facilmente compreensíveis, se não apresentaram ambiguidades e se existiam dúvidas ou dificuldades no preenchimento do instrumento de medida (Beaton, 2000, 2002; Fortin, 2009; Gjersing, 2010; Guillemin, 1993). De acordo com Beaton *et al.* (2002), o estudo piloto deve ser idealmente aplicado a uma amostra de 30 a 40 pessoas relacionadas com a população-alvo em estudo. Os procedimentos da MAPI

*Institute* (2001) sugerem que este processo seja realizado em duas etapas: a primeira consiste no preenchimento do questionário e a segunda consiste numa entrevista para registar o significado que cada participante atribui a cada afirmação e se esta está de acordo com a versão original (*Cognitive Debriefing*) (Wild, 2005). A seleção dos participantes foi realizada de acordo com os seguintes critérios:

- língua materna portuguesa;
- características sociodemográficas heterogéneas – em termos de idade, género, experiência profissional e formação na área – de modo a representarem adequadamente a população alvo.

Neste estudo piloto foram selecionados por conveniência 35 fisioterapeutas, com diferentes características em termos de idade, anos de experiência, formação especializada e residentes em diferentes locais do país. Para além de todos preencherem o Dossier do Estudo *online*, 5 foram entrevistados pelos autores, para verificar o seu nível de compreensão e a equivalência cognitiva da tradução, para esclarecer os itens que tenham sido interpretados como inapropriados de um ponto de vista conceptual, e/ou para identificar outras questões que tenham causado dúvidas.

De forma a garantir a participação voluntária de todos os elementos da amostra o Dossier do Estudo Piloto continha uma carta inicial com a identificação dos autores, uma breve explicação do estudo, incluindo os objetivos pretendidos, e uma declaração de consentimento informado que os participantes assinaram, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

#### **f. Auditoria final**

A etapa final na realização da tradução consistiu na auditoria ao processo realizada por um elemento externo com experiência neste processo. Esta auditoria é uma forma de verificar e assegurar que todas as etapas recomendadas na tradução e adaptação cultural da escala foram seguidas e que este processo está reportado de forma correta (Beaton, 2002). Nesta fase de revisão não será realizada nenhuma alteração a qualquer tipo de conteúdo, pois à partida é assumido que ao seguir o processo recomendado a tradução foi conseguida de forma adequada (Beaton, 2000, 2002). Nesta auditoria foi verificado que todas as etapas recomendadas neste processo de tradução e adaptação cultural da PABS-PT foram seguidas de acordo com as orientações da

literatura e relatadas de modo adequado, o que permitiu prosseguir o estudo e utilizar a versão portuguesa da PABS-PT (Apêndice XII).

### 3.3. ESTUDO 2 – Avaliação das propriedades psicométricas e caracterização da abordagem dos fisioterapeutas portugueses

O segundo estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a fiabilidade e a validade da versão portuguesa do PABS-PT, através da avaliação da sua estrutura fatorial, validade de convergente e discriminativa e consistência interna, e explorar a relação entre as características sociodemográficos e profissionais dos fisioterapeutas/estudantes finalistas do curso de licenciatura em fisioterapia, reportados na literatura, e a sua abordagem preferencial, traduzida na pontuação da PABS.

A avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa da PABS-PT foi realizada da seguinte forma:

- a) Avaliou-se a **estrutura fatorial** através da análise fatorial exploratória (AFE);
- b) Estimou-se a **consistência interna**, segundo o alpha de *Cronbach*. A avaliação da consistência interna foi complementada com a avaliação da correlação item a item e a correlação item-total.
- c) Para o estudo da **validade de constructo** da versão portuguesa do PABS-PT foram estabelecidas hipóteses *apriori* com base em relações estabelecidas na literatura entre instrumentos que medem constructos semelhantes (validade convergente) ou diferentes constructos (validade discriminativa) (Portney, 2009). Para isso, recorreu-se à aplicação simultânea da versão portuguesa da HC-PAIRS, estabelecendo que, relativamente à componente biomédica, e para que ambos os instrumentos meçam o mesmo constructo, os seus resultados deveriam mostrar uma correlação positiva, moderada a forte. Ao contrário, e relativamente à componente biopsicossocial da versão portuguesa da PABS, e uma vez que é esperado que a componente biopsicossocial forneça informação sobre um constructo que é conceptualmente distinto, espera-se que esta apresente uma correlação negativa fraca com a pontuação obtida na versão portuguesa da HC-PAIRS. Assim, foram colocadas as seguintes hipóteses:

**H1:** Existe uma correlação positiva e significativa de moderada a forte entre os resultados da componente biomédica da versão Portuguesa da PABS-PT e da versão Portuguesa da HC-PAIRS.

**H2:** Existe uma correlação negativa, fraca e significativa entre os resultados da componente biopsicossocial da versão Portuguesa da PABS-PT e da versão Portuguesa da HC-PAIRS.

### ***3.3.1. Tipo de Estudo***

O estudo das características psicométricas da versão portuguesa da PABS-PT foi realizado com recurso a desenho transversal, com todos os dados para análise a serem recolhidos num só momento.

### ***3.3.2. Participantes***

A amostra deste estudo foi selecionado por conveniência, entre Setembro de 2013 e Dezembro de 2013, e incluiu Fisioterapeutas, a exercer atividade profissional na área das condições músculo-esqueléticas, fisioterapeutas que simultaneamente se encontravam a frequentar o Mestrado em Fisioterapia, e estudantes finalistas (4º ano) do curso de licenciatura em Fisioterapia. Procurou-se assim, constituir uma amostra com características heterogéneas – em termos de idade, género, situação laboral, experiência profissional, local de formação e formação na área.

Os participantes foram recrutados, pela autora do estudo, em vários locais do país (Clínicas, Hospitais, Centros de Saúde) e diferentes instituições académicas. No caso das instituições académicas, foram contactados os respetivos coordenadores responsáveis pelo curso de licenciatura em fisioterapia/ mestrado em Fisioterapia através do envio de *e-mails* com o pedido de autorização para proceder à recolha de dados (Apêndice XIII). Nos restantes casos foram contactados pessoalmente vários fisioterapeutas que se encontram a trabalhar em diversos locais do país. Previamente, todos os indivíduos convidados a participar no estudo foram informados de forma detalhada acerca dos objetivos e natureza do mesmo, tendo sido solicitado por escrito o seu consentimento informado.

### **3.3.3. *Aspetos Éticos***

De forma a garantir a participação voluntária de todos os elementos da amostra o Dossier do Estudo incluía uma carta com uma breve explicação do estudo, os objetivos pretendidos, e o respetivo pedido de colaboração aos colegas fisioterapeutas com a identificação dos autores deste estudo. Através da assinatura da declaração de consentimento informado, foi garantida a sua participação voluntária e foram informados do seu direito de se retirar do estudo em qualquer momento, sem ter de se justificar e, sem incorrer em qualquer prejuízo ou penalidade. O anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos e publicados foram garantidos pelo sistema informático *Google Docs*, onde foi elaborado o questionário *on-line*, através da atribuição de um número a cada participante. Nos casos em que a documentação foi recolhida em papel, a mesma também foi codificada e tratada de forma anónima e confidencial.

### **3.3.4. *Instrumentos de Medida***

Nesta fase do estudo foram utilizados três instrumentos de recolha de dados: o questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes; a PABS-PT – versão portuguesa; e a HC-PAIRS – versão portuguesa. Uma vez que a PABS- PT foi já descrita anteriormente (consultar ponto 4 da revisão da literatura), apresentamos aqui apenas as características dos outros dois questionários utilizados.

#### **3.3.4.1. *Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional***

Este questionário serviu para caracterizar os aspetos sociodemográficos e profissionais dos participantes no estudo. Este questionário incluiu questões diferentes dependendo do tipo de participantes. Assim, e no caso dos estudantes finalistas do curso de Fisioterapia, o questionário incluiu 5 questões que permitiram averiguar a idade, género, escola onde se encontravam a terminar o curso e experiência pessoal ou familiar de dor lombar/nas costas (Apêndice XIV). No caso dos fisioterapeutas que se encontravam a exercer (incluindo fisioterapeutas que estavam a frequentar o Mestrado) o questionário incluiu 12 questões através das quais se pretendeu caracterizar vários aspetos sociodemográficos, tais como a idade, o género, experiência pessoal ou familiar

de dor lombar/nas costas, assim como várias componentes profissionais, como é o caso do grau académico, da formação académica específica em condições músculo-esqueléticas e da situação laboral (Apêndice XV). Os dados recolhidos com este questionário foram posteriormente utilizados para analisar a relação existente entre a abordagem preferencial dos fisioterapeutas nos casos de dor lombar crónica e os seus aspetos sociodemográficos e profissionais.

#### 3.3.4.2. HC-PAIRS-PT

O instrumento de medida utilizado, de forma complementar, no estudo da validade convergente foi a versão portuguesa do *Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* (HC-PAIRS) (Anexo V). Este questionário foi originalmente desenvolvido por Rainville, em 1995 nos Estados Unidos da América, através de uma adaptação da escala PAIRS (*Pain and Impairment Relationship Scale*) que avaliava o grau com o qual os utentes com dor lombar crónica acreditavam que a sua dor estava relacionada com o seu estado funcional e incapacidade. Assim, a HC-PAIRS permite verificar qual a orientação do tratamento dos profissionais de saúde em relação às suas atitudes e crenças sobre as expectativas funcionais para os utentes com dor lombar crónica. Consiste em 15 itens, que abrangem 4 dimensões – expectativas funcionais, expectativas sociais, necessidade de tratamento e projeção cognitiva – e são classificados de acordo com uma escala de *Likert* de sete pontos. A pontuação total da escala pode variar entre 15 a 105 pontos, em que pontuações elevadas sugerem maior nível de concordância dos profissionais de saúde de que dor lombar crónica justifica a incapacidade dos utentes e requer limitação/evitamento na realização de atividades físicas (A. Bishop, *et al.*, 2007; Domenech, 2011).

Quanto às propriedades psicométricas deste questionário, e apesar de ainda existirem poucos estudos, os resultados relativos à consistência interna, fiabilidade teste-reteste e validade de constructo indicam o seguinte (A. Bishop, *et al.*, 2007):

- os valores obtidos através do alpha de *Cronbach* revelaram uma boa **consistência interna** – alpha de *Cronbach* = 0,78 (Rainville et al., 1995); alpha de *Cronbach* = 0,83 (Houben et al., 2004 cit. por Bishop et al., 2007).
- a **fiabilidade teste-reteste** foi testada numa pequena amostra através da

administração repetida do questionário três meses após o primeiro contacto tendo sido verificada uma correlação moderada,  $r = 0,64$ ,  $p < 0,001$  (Rainville et al. 2000 cit. por Bishop et al., 2007)

- a **validade de convergente** foi testada através da comparação com diferentes questionários relacionados com a temática, tais como a *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK), a PHODA e a PABS-PT. Em relação aos primeiros dois questionários verificou-se que a validade da HC-PAIRS foi adequada (Houben et al., 2004 cit. por Bishop et al., 2007). Na comparação com a PABS-PT verificou-se uma correlação estatisticamente significativa, positiva, a nível dos itens referentes à sub-escala biomédica, e negativa com a sub-escala biopsicossocial (Houben et al., 2005a).

A adaptação para a língua portuguesa da HC-PAIRS foi desenvolvida por Elias & Cruz (2006), de acordo com as recomendações de vários autores, nomeadamente as normas de orientação de Beaton *et al.* (2002). Após a autorização do autor da escala original para se proceder a esta adaptação, foram elaboradas as seguintes etapas: tradução inicial da versão original, síntese das traduções, retroversão da versão traduzida da escala, avaliação por parte do autor, avaliação pelo Comité de Peritos, teste da versão pré-final (utilizando a técnica de avaliação por indivíduos bilingues), e submissão a apreciação do processo pelo Comité de Peritos (para verificar se as fases recomendadas foram seguidas) (Elias, 2006).

Após a elaboração da versão portuguesa da HC-PAIRS foram estudadas algumas das suas propriedades psicométricas, nomeadamente: a fidedignidade intra-observador, a consistência interna e a sensibilidade. Em relação à fidedignidade teste-reteste o valor obtido no coeficiente de correlação  $\rho$  de *Spearman* nos dois momentos de administração do questionário foi de 0,479 (com um  $n = 24$  e valor  $p = 0,018$ ), o que permite verificar a existência de uma correlação positiva moderada entre as medições. A consistência interna foi avaliada através do  $\alpha$  *Cronbach* cujo valor obtido foi de 0,673 (com um  $n = 120$ ), o que permitiu verificar uma consistência interna aceitável, revelando homogeneidade nos seus enunciados e correlação entre todos os itens. Por fim, o estudo da sensibilidade foi obtido através da análise direta dos diagramas de dispersão (cujo  $n = 20$ ) entre os dois momentos de administração do questionário, tendo-se verificado uma variação conjunta das duas variáveis no mesmo sentido, revelando uma correlação

positiva entre os resultados obtidos nas duas medições. Assim, pode concluir-se que a versão portuguesa da HC-PAIRS é sensível às alterações das crenças e atitudes dos profissionais de saúde (Elias, 2006).

### **3.3.5. Procedimentos de Recolha de Dados**

De forma a ser possível solicitar a participação dos elementos da amostra que se encontravam em vários locais do país, toda a documentação a ser preenchida foi disponibilizada na versão *online*, através da plataforma *Google Docs*. Nos casos em que não foi possível o preenchimento *online* a documentação necessária foi entregue pessoalmente – Dossier do Estudo 2 (Apêndice XVI). Assim, no sentido de verificar a validade convergente e a consistência interna do questionário PABS-PT (versão portuguesa) os fisioterapeutas selecionados foram convidados a participar neste estudo via *e-mail*, através do qual lhes foi enviada uma carta com o pedido de colaboração e o *link* que encaminhava para a declaração de consentimento informado e para o preenchimentos dos vários questionários – caracterização sociodemográfica e profissional, versão portuguesa da PABS-PT e versão portuguesa da HC-PAIRS.

### **3.3.6. Análise dos Dados**

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistics Package for the Social Sciences* - versão 20) e consistiu em várias etapas:

A **descrição e caracterização da amostra** foi realizada através da utilização da análise estatística descritiva, nomeadamente, as medidas estatísticas de tendência central e dispersão – média, amplitude e desvio-padrão (Pestana, 2008).

A avaliação da **estrutura fatorial** da versão portuguesa da PABS-PT foi realizada através da análise fatorial exploratória (AFE). A análise fatorial é utilizada para explorar os fatores (dimensões) que estão subjacentes ao questionário, em que cada um contém itens que se podem agrupar de uma forma consistente e coerente (Bowling, 2009; Mutsaers, 2012). Para tal, esta análise usa as correlações observadas entre as variáveis originais de forma a estimar quais os fatores e as relações estruturais que ligam os fatores às variáveis (Marôco, 2011). Assim, se duas variáveis estão correlacionadas, essa associação resulta da partilha de uma característica em comum – o

fator comum latente – que, de outra forma, passaria despercebido entre o vasto conjunto de variáveis originais (Marôco, 2011). Para que a AFE tenha utilidade na estimativa dos fatores comuns, é necessário definir se as correlações entre as variáveis originais são elevadas o suficiente. Como tal, para avaliar a qualidade dos dados recorreu-se ao teste de Esfericidade de Bartlett e à “medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” (KMO). O teste de Esfericidade de Bartlett utiliza-se para testar a hipótese (H0) desta matriz de dados (I) ser igual à matriz das correlações (II) – H0: II=I. Só se poderá considerar possível realizar a AFE se a H0 for rejeitada, ou seja, se  $II \neq I$ . “O KMO é uma medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis” (cit. por Marôco, 2011). De acordo com o valor de KMO a recomendação relativamente à realização da AF pode ser a seguinte: se o valor KMO >0,9 a recomendação é excelente; KMO (0,8; 0,9) boa; KMO (0,7; 0,8) média; KMO (0,6; 0,7) medíocre; KMO (0,5; 0,6) mau mas ainda aceitável; e KMO  $\leq$  0,5 inaceitável (Marôco, 2011).

Depois de estimados os fatores que explicam o comportamento correlacional das variáveis, é necessário decidir qual o número mínimo de fatores que permitam explicar convenientemente a informação presente nas variáveis originais. Como tal, os critérios considerados nessa decisão foram os seguintes (Marôco, 2011):

- Critério de Kaiser (regra do *eigenvalue* superior a 1): devem reter-se os fatores que expliquem mais informação (variância) do que a informação (variância) estandardizada de uma variável original (que é 1);
- Critério do *Scree plot*: apenas devem reter-se os fatores até aquele em que o ganho da variância total explicada já não é considerável;
- Variância extraída por cada fator e variância extraída total: só devem ser retidos os fatores que extraíram pelo menos 5% da variância total (Marôco, 2011). A percentagem da variância explicada pelos fatores retidos deve ser de pelo menos 50% (Norman, 2008).
- Supressão de itens: Supressão de itens com baixo peso fatorial (Norman & Streiner (2008), com valor negativo (Houben, 2005a cit. por Laekeman, 2008) e itens associados a mais do que 1 fator (Ostelo, 2003).

Para a **consistência interna**, que permite estudar a homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, foi estimado o valor do alpha de *Cronbach*,

cujo valor pode variar entre 0 e 1, em que valores acima de 0,60 são ‘aceitáveis’ e acima dos 0,70 são ‘bons’ (Fortin, 2009; Mutsaers, 2012).

Para verificar as hipóteses estabelecidas para a **validade convergente e discriminativa**, foi realizado inicialmente uma análise da distribuição normal das variáveis, através do teste *Kolmogorov-Smirnov* (Marôco, 2011). Consoante o resultado deste teste irá optar-se pela correlação de *Ró de Spearman* ( $\rho$ ) se a distribuição das variáveis for heterogénea ou pela correlação de *Pearson* ( $r$ ) se a distribuição for normal. Os valores obtidos pelo coeficiente de correlação (*Spearman* ou *Pearson*) serão interpretados da seguinte forma: coeficiente de correlação  $<0,2$  representa uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89, alta; e muito alta para valores  $> 0,9$  (Marôco, 2011; Pestana, 2008).

A relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e **abordagem preferencial reportada na intervenção com** utentes com dor crónica foi estudada através do teste *t* de *student*.

O nível de significância estabelecido, para o qual os valores se consideraram satisfatórios foi de  $p \leq 0,05$ .

## **4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

Neste capítulo apresentamos os resultados dos estudos efetuados. No Estudo 1, descrevemos os resultados obtidos, em cada fase do processo da adaptação cultural do PABS-PT: processo de tradução, retroversão, revisão pelo comité de peritos, resultados do Estudo Piloto e *Cognitive Debriefing*, e auditoria final. Relativamente ao Estudo 2, apresentamos os resultados da avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa da PABS-PT, e a análise da relação entre os fatores sociodemográficos e profissionais e a abordagem preferencial dos participantes no estudo.

### **4.1. Estudo 1 – Adaptação Cultural da PABS-PT**

#### **4.1.1. Processo de Tradução**

Durante o processo de tradução surgiram pequenas divergências entre os tradutores (Nº1 e Nº2), principalmente em alguns termos mais técnicos, que foram resolvidas pelos três membros do painel de peritos na realização da versão de consenso (Apêndice V). De acordo com os aspetos sugeridos durante o processo de tradução, ao longo do questionário, optou-se por assumir o termo “dor lombar” para a tradução de “back pain” por ser mais específico, e substituiu-se a oração “utentes/indivíduos que sofrem de...” por “pessoas com...”. Durante a elaboração da versão de consenso entre as duas traduções optou-se sempre pela tradução que melhor descrevia o item original e cuja linguagem técnica fosse a mais adequada à população em estudo. Apenas as questões Nº 6, 7 e 8 foram consensuais durante o processo de tradução e, em algumas questões, seguiu-se parcialmente as traduções do tradutor Nº1 e Nº 2, como é no caso das questões Nº 17, 33 e 35.

Neste processo as divergências encontradas pelos tradutores foram principalmente a nível da construção das frases, em que a ordem por vezes era diferente, assim como na escolha de diferentes palavras mas que mantinham o mesmo significado. Nestes casos, durante a elaboração da versão de consenso, o painel de peritos optou pela afirmação que fosse mais fácil de compreender e mais próxima da versão original. No caso das instruções, notas e método de pontuação o 1º tradutor optou pela utilização da primeira pessoa do plural revelando uma abordagem mais pessoal, enquanto o 2º tradutor optou pela utilização da 3ª pessoa do plural. Porém, as questões que revelaram

maiores divergências foram as seguintes: na questão N° 9, o 1º tradutor traduziu a questão da seguinte forma “Os utentes que sofreram de dor nas costas devem evitar atividades que coloquem as costas em stress” enquanto o 2º tradutor optou por “Doentes com história de dor lombar devem evitar atividades que causem stress na região lombar”; na questão N° 22, o 1º tradutor traduziu “Se a terapia não resultar numa redução da dor nas costas, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo” enquanto o 2º tradutor optou por “Se a terapia não resultar numa redução da dor lombar, existe um risco elevado de restrições a longo prazo”; por fim, o 1º tradutor optou por traduzir a questão N° 28 como “TENS e/ou cintas nas costas suportam a recuperação funcional” enquanto o 2º tradutor traduziu “A neuroestimulação eléctrica transcutânea e/ou suporte lombar permitem uma recuperação funcional”.

#### **4.1.2. Processo de Retroversão**

Durante a elaboração da versão de consenso entre as duas retroversões optou-se sempre pela que melhor descrevia o item da versão portuguesa e cuja linguagem técnica fosse a mais adequada à população em estudo. Apenas as questões N° 2, 6, 7, 27, 31 e 34 foram consensuais durante o processo de retroversão e, em algumas questões, seguiu-se as parcialmente as traduções do retradutor N°1 e N° 2, como é no caso das instruções, do método de pontuação e nas questões N° 3, 10, 26 e 30.

Em relação à retradutora N°2 as sugestões indicadas em algumas questões foram aceites, como foi no caso da questão N°1 “As pessoas com dor lombar devem evitar toda a atividade física para evitar lesão”, a palavra “evitar” apesar de ter sido utilizada duas vezes na mesma frase foi traduzida como “*avoid*” e “*prevent*”. Na questão N° 35 “A longo prazo, as pessoas com dor lombar têm maior risco de desenvolver problemas na coluna”, a palavra “coluna” foi traduzida como “*spine*”, mas também foi sugerida a hipótese de “*column*”, caso o painel considerasse esse termo mais adequado.

No processo de retroversão surgiram algumas divergências entre os retradutores, porém, foram facilmente resolvidas pelos três membros do painel de peritos na realização da versão de consenso (Apêndice IX). As divergências encontradas foram principalmente a nível da construção das frases em que a ordem por várias vezes era diferente, assim como na escolha de diferentes palavras mas que mantinham o mesmo

significado. Nestes casos, durante a elaboração da versão de consenso, o painel de peritos optou pela afirmação que fosse mais fácil de compreender e mais próxima da versão original. Algumas das divergências encontradas foram as seguintes: a 1ª retradutora optou pelo termo “low back pain” para traduzir “dor lombar”, enquanto a 2ª retradutora escolheu “back pain” e em relação ao termo “lesão tecidual” a 1ª retradutora optou por “tissue damage” enquanto a 2ª retradutora utilizou mais vezes o termo “tissue injury”.

#### **4.1.3. Revisão por Comitê de Peritos**

Considerando os comentários do Comitê de Peritos pode concluir-se que, em geral, a equivalência conceptual, linguística (semântica), idiomática e experiencial entre a versão original e as versões síntese obtidas foi alcançada. No entanto, cada elemento referiu alterações a realizar a algumas questões em particular (Apêndice X).

O 1º perito é fisioterapeuta e docente do ensino superior, com 7 anos de formação específica em condições músculo-esqueléticas (incluindo Mestrado na mesma área), afirma que, de uma forma geral, a tradução para a língua portuguesa do questionário PABS-PT “apresenta equivalência nos diferentes níveis em avaliação. No que diz respeito à equivalência idiomática, não são apresentadas expressões que pareçam desajustadas ou mal adaptadas à população portuguesa, pelo que é mantida a equivalência a esse nível. As questões também parecem estar ajustadas ao contexto cultural dos Fisioterapeutas portugueses, pelo que é mantida a equivalência experiencial”.

Nas questões Nº 3, 4, 5, 16, 19, 29, 30 o perito referiu que não foi mantida a equivalência linguística, e no exemplo a equivalência não foi mantida devido à tradução das palavras “*check the square on the left*”. No caso da questão Nº 5 foi sugerida a alteração do termo “causa orgânica” para “causas orgânicas”, que foi traduzido para o singular enquanto que na versão original o termo se encontra no plural (“organic causes”). Na questão Nº 9 foi assinalado que a tradução do tempo verbal originalmente no passado (“have suffered back pain”) que traduziram para o presente (“com dor lombar”), alterou conceptualmente a frase. Em relação à construção da questão Nº 22 “Se a dor nas costas aumentar em severidade, eu ajusto imediatamente a intensidade do

meu tratamento” o perito sugeriu alterá-la para “Se a severidade da dor nas costas aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento”, de forma a clarificar a tradução. Na questão N° 34 “Os exercícios que podem colocar as costas em carga não devem ser evitados durante o tratamento” o perito sugere alterar a tradução da expressão “em carga” para “em carga excessiva”, por comprometer a equivalência conceptual.

O 2º perito é fisioterapeuta e docente do ensino superior, e tem 8 anos de formação na área em estudo, considerou claras as instruções, a informação relativa ao método de pontuação, as notas, assim como as questões. A escala de pontuação entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente” também referiu ser de fácil utilização. Este perito sugeriu alterações a algumas questões. Na questão N° 3 foi sugerida a substituição da palavra “terapia” por “tratamento”, por ser mais adequada ao contexto dos fisioterapeutas portugueses. Na questão N° 5, tal como referido anteriormente pelo outro perito, foi sugerida a alteração da expressão “a causa orgânica” do singular para “as causas orgânicas” no plural de forma a manter a questão de acordo com a versão original. O mesmo é referido na questão N°9 “As pessoas com dor lombar devem evitar atividades que causem stress na região lombar” cuja conjugação verbal está no presente enquanto a versão original se encontra no passado. Na questão N°14 “As pessoas com dor lombar devem realizar preferencialmente movimentos livres de dor” foi sugerida a alteração da expressão “movimentos livres de dor” por “movimentos que não causem dor” porque mantém o significado e é uma expressão mais comum no nosso contexto. Na questão N° 25 o perito sugeriu que a segunda palavra “aumento” fosse alterada para “agravamento” de forma a tornar o contexto da afirmação mais adequado face à versão original. Na questão N° 28, “TENS e/ou suporte lombar permitem uma recuperação funcional”, foi sugerida a substituição do termo “permitem uma” por “ajudam na”, por estar mais próximo da versão original. Por fim, na questão N° 30 “Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, preocupo-me se uma lesão está a ser causada”, foi recomendado substituir duas palavras – “preocupo-me” por “receio” e “causada” por “provocada” – de forma a retratar melhor o contexto da questão original.

Algumas das alterações propostas pelos elementos do Comité não foram consideradas na decisão de consenso do Comité. O 2º perito sugeriu algumas alterações em palavras nas questões N° 16, 19 e 20 por considerar ficarem mais próximas da versão original, porém decidiu-se manter a afirmação como foi traduzida. As

recomendações não consideradas foram as seguintes: na questão N°16 a substituição da palavra “encaram” por “interpertam” por estar mais próxima da expressão original “the way patients view their pain”; na questão N° 19 “Se as AVD’s causam mais dor nas costas, não é grave” a substituição da palavra “grave” por “perigoso”; e na questão N° 20 “A dor lombar indica a presença de lesão orgânica” substituir o termo “lesão orgânica” por “lesão tecidual” por parecer mais adequada ao contexto português.

Relativamente ao parecer do autor da PABS-PT original (Anexo IV), sobre a retroversão obtida através da versão de consenso, este afirmou que a tradução do questionário parecia adequada e apresentou apenas alguns pequenos comentários. Os comentários foram os seguintes: nas questões N°1 e 30 da retroversão o autor apontou que numa questão foi utilizada a palavra “people” e na outra “patients” apesar de não haver qualquer problema nisso na sua opinião; na questão N°13 o autor questionou se o significado do termo “be careful” da retroversão teria o mesmo significado que “take care” (versão original); nas questões N° 15 e 19 questionou se o termo “serious” poderia significar em português o mesmo que “dangerous” (versão original); e o autor considerou que na questão N° 36 a retroversão de “imaging tests” para “imagingology exams” tornou a expressão “engraçada”. Porém, não foram realizadas correções na versão portuguesa da PABS-PT, uma vez que os comentários não sugerem alterações na parte conceptual da mesma.

#### **4.1.4. Estudo Piloto**

Para a realização do estudo piloto foram distribuídos 35 questionários a fisioterapeutas, que exerciam a sua atividade profissional em diversos locais do país e que cumpriam os critérios de selecção referidos anteriormente (consultar ponto *e*. no capítulo da Metodologia). Dos 35 questionários enviados apenas 25 foram devolvidos.

Os 25 fisioterapeutas que participaram neste estudo apresentavam as seguintes características sociodemográficas e profissionais (Tabela I):

- A média de idade da amostra foi de 28 anos, tendo o participante mais velho 31 anos e o mais novo 23 anos;
- Mais de 2/3 da amostra eram do género feminino – 19 participantes do género feminino e 6 participantes do género masculino;

- O tempo de experiência profissional variava entre 2 – 10 anos;
- Dos 25 participantes, 19 referiram ter experiência com utentes com dor lombar;
- 19 participantes possuíam o grau de Licenciado, 5 o grau de Mestre, e 1 o grau de Bacharel;
- Dos 25 participantes, 12 reportaram que tinham formação específica na área das condições músculo-esqueléticas;

Em relação às questões de compreensão da versão portuguesa pré-final do PABS-PT verificou-se que apenas 11 elementos da amostra apresentaram comentários ao questionário.

Apenas dois participantes referiram ter tido dificuldade na leitura, tendo sido referido que o tamanho da letra nas opções de resposta é demasiado pequeno, o que dificultou a seleção da resposta pretendida para cada item. A maioria dos participantes (n= 21) considerou o questionário claro e sugestivo (exceto um participante que respondeu negativamente e 3 que não responderam). A média de tempo que os participantes demoraram a responder ao questionário foi de 15 minutos, e ninguém deixou nenhuma questão por responder. Só uma pessoa indicou que se opôs a responder a alguma questão porém não apresentou razões para isso. Para além disso, foram referidos os seguintes comentários e sugestões: “Se possível, no meu entender, deveria agrupar-se as questões por assunto”; “A correspondência entre os quadrados deve estar mais próxima para facilitar a resposta”; “A tradução de alguns itens permite formas de resposta positivas ou negativas, logo a escolha da opção correta pode tornar-se confusa”; “Embora o questionário seja de fácil compreensão, acho que algumas questões se repetem”; “Para um indivíduo sem formação ou leigo neste tipo de matéria, existem algumas palavras que podem suscitar algum problema. Podem não saber o que se pretende com certas palavras”.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos participantes do Estudo Piloto**

Participante N°	Gênero	Idade	Tempo de experiência profissional (anos)	Experiência em casos de dor lombar (anos)	Grau Acadêmico	Formação específica na área das condições músculo-esqueléticas
1	M	30	Entre 2 a 6	3	Licenciatura	Não
2	F	28	Entre 6 a 10	6	Licenciatura	Cadeias Musculares; RPG
3	M	28	Entre 2 a 6	2	Licenciatura	Kinesio Taping; Método McConnell
4	F	29	Menos de 1	Não	Licenciatura	Não
5	F	29	Entre 6 a 10	4	Mestrado	Mestrado em Condições Músculo-Esqueléticas; RPG
6	M	-	Mais de 10	10	Mestrado	Medicina Ortopédica-Cyriax; Conceito de Mulligan; Certificado em Terapia Manual-Manual Concepts
7	F	23	Entre 2 a 6	1	Licenciatura	Conceito de Mulligan
8	F	31	Entre 6 a 10	7	Mestrado	Terapia Manual
9	F	29	Entre 6 a 10	Não	Licenciatura	Não
10	F	28	Entre 6 a 10	6	Licenciatura	Cadeias Musculares; RPG; Ligaduras Funcionais; Bandas Neuromusculares
11	M	30	Entre 2 a 6	2	Licenciatura	Não
12	M	29	Entre 2 a 6	2	Licenciatura	Não
13	F	28	Menos de 1	1	Licenciatura	Não
14	F	30	Entre 6 a 10	7	Licenciatura	Pilates Clínico; Bandas Neuromusculares
15	F	28	Entre 6 a 10	6	Mestrado	Mestrado em Condições Músculo-Esqueléticas
16	F	-	Entre 2 a 6	Não	Licenciatura	Não
17	F	-	Entre 2 a 6	6	Licenciatura	Não
18	M	31	Entre 2 a 6	4	Licenciatura	Mulligan Concept; Certificado em Terapia Manual Ortopédica; Conceito de McConnell na Disfunção do Complexo Articular do Ombro
19	F	29	Entre 6 a 10	Não	Mestrado	Não
20	F	26	Entre 2 a 6	Não	Bacharelato	Não
21	F	28	Entre 6 a 10	6	Licenciatura	Não
22	F	32	Entre 2 a 6	2	Licenciatura	Não
23	F	23	Menos de 1	Não	Licenciatura	II e III Jornadas Fisiogaspar – “Lesões no Joelho do Desportista”; “Disfunções do Complexo Articular do Ombro”
24	F	-	Menos de 1	1	Licenciatura	Não
25	F	25	Menos de 1	1	Licenciatura	Terapia Manual em Condições de dor lombar

**LEGENDA:** F- Feminino; M - Masculino; RPG – Reeducação Postural Global

Relativamente às instruções todos os 25 fisioterapeutas afirmaram que as instruções são claras e a maioria (n= 23) antecipa que não irão existir dificuldades na compreensão das instruções. Ninguém apontou nenhum aspecto que, na sua opinião, deveria ser adicionado nas instruções.

Por fim, apesar de algumas questões terem levantado dúvidas para alguns fisioterapeutas, a maioria dos participantes considerou os termos e as palavras do questionário de fácil compreensão. Algumas das questões que levantaram dúvidas foram consideradas pouco claras ou ambíguas para 5 dos participantes, nomeadamente a questão 3, 5, 8, 22 e 29. A questão Nº3 “Uma terapia efetiva não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados” levantou dúvida devido à construção da frase estar na negativa o que levou à necessidade de ler a mesma duas vezes. A questão Nº5 “Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacente à dor lombar” foi considerado pouco claro pela “parte de quem não é feito o esforço”. A questão Nº 8 “Stress físico unilateral não é uma causa de dor lombar” apresenta o termo “stress físico unilateral” que levantou dúvida quanto ao seu significado. E a questão Nº 22 “Se a dor nas costas aumentar em severidade, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento” e Nº29 “Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada” levantaram dúvidas em relação ao termo “intensidade” que na opinião dos participantes deveria ser substituída por “frequência”, ou então explicar de forma mais detalhada se o grau de intensidade se refere ao tempo ou à frequência.

Dos comentários descritos por alguns dos elementos da amostra os mais relevantes foram a questão do tamanho da letra para facilitar a escolha da opção de resposta e a questão do termo “stress físico unilateral”, cujo termo, se possível, deveria ser substituído por um mais adequado à nossa cultura. Em relação à sugestão de alterar o termo “intensidade” por “frequência” não foi considerada a mais adequada uma vez que a intensidade consiste na exigência com que um exercício é realizado pelo utente.

- ***Cognitive Debriefing***

Da amostra considerada no Estudo Piloto, realizaram-se 5 entrevistas a fisioterapeutas que levantaram algumas dúvidas na compreensão do questionário da PABS-PT. Apesar de os elementos serem todos do género feminino, as restantes características sociodemográficas e profissionais apresentaram diferenças (em termos de idade, grau académico, formação específica, experiência profissional e experiência em casos de dor lombar), podendo assim considerar-se que constituíram uma amostra heterogénea.

A 1ª entrevista foi realizada a uma fisioterapeuta de 28 anos, que se encontra a trabalhar há cerca de 7 anos em Leiria e tem 6 anos de experiência com casos de dor lombar. De acordo com a participante, e de uma maneira geral, não há nenhuma questão a apontar em relação à apresentação geral, à clareza das instruções e dos itens do questionário, sendo os termos facilmente perceptíveis. Porém, duas questões levantaram algumas dúvidas em termos de compreensão. Em relação à questão nº 12 “*As limitações funcionais associadas a dor lombar são o resultado de fatores psicossociais*” a participante não considerou correto afirmar que as limitações funcionais associadas à dor lombar são o resultado de fatores psicossociais mas sim influenciadas pelos fatores psicossociais. Tendo sido sugerido a seguinte alteração “*As limitações funcionais associadas a dor lombar são influenciadas pelos fatores psicossociais*”. Na questão nº 27 “*Não existe um tratamento efetivo para eliminar a dor lombar*” levantou dúvidas porque discorda com a afirmação “um tratamento efetivo”, pois a seu ver não concorda que possa ser considerado apenas um tratamento efetivo uma vez que existem diferentes abordagens/tratamentos que podem ser considerados efetivos.

A 2ª entrevista foi realizada a uma fisioterapeuta de 29 anos, que se encontra a trabalhar há cerca de 7 anos em Leiria, é Mestre em Condições Músculo-Esquelética e tem 4 anos de experiência com casos de dor lombar. De acordo com a participante, de uma maneira geral, o questionário revelou-se claro e compreensível, os termos são facilmente perceptíveis e a apresentação é adequada a este tipo de questionário. Porém, três questões levantaram algumas dúvidas. Em relação à questão nº 3 “*Uma terapia efetiva não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados*”, o facto de a frase estar na negativa levou a participante a reler novamente a questão para compreender melhor a afirmação. Também foi sugerido a alteração do termo “terapia” por “tratamento”. Em

relação à questão nº 5 “*Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacente à dor lombar*” a participante referiu que “não está claro da parte de quem não é feito o esforço” (sic). Por fim, na questão nº 8 “*Stress físico unilateral não é uma causa de dor lombar*” não compreendeu o que entendem por “stress físico unilateral”, porque considera ser um termo que não é utilizado pelos fisioterapeutas portugueses. Porém, não foi sugerido outro termo que poderia ser mais adequado nesta questão.

A 3ª entrevista foi realizada a uma fisioterapeuta de 23 anos, que se encontra a trabalhar há cerca de 2 anos em Olhão e Faro e tem 1 ano de experiência com casos de dor lombar. De acordo com a participante, o questionário revelou-se claro e compreensível, os termos são facilmente perceptíveis e a apresentação é adequada a este tipo de questionário. Apenas uma questão levantou dúvidas em relação à sua interpretação. Na questão nº 5 “*Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacente à dor lombar*” a participante apontou que não está claro que tipo de esforço está a ser referido. Será que a afirmação se refere “a um esforço do dia-a-dia ou a um esforço/movimento/tarefa que o indivíduo possa realizar aquando da sessão de tratamento que possa despoletar a dor?” (sic).

A 4ª entrevista foi realizada a uma fisioterapeuta de 31 anos, que se encontra a trabalhar há cerca de 7 anos no Porto e tem 7 anos de experiência com casos de dor lombar. De acordo com a participante, e de uma maneira geral, não há nenhuma questão a apontar em relação à apresentação geral, à clareza das instruções e dos itens do questionário, sendo os termos facilmente perceptíveis. Porém, duas questões levantaram algumas dúvidas em termos de compreensão. Na questão nº 22 “*Se a dor nas costas aumentar em severidade, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento*” e na questão nº 29 “*Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada*” a dificuldade encontrada foi no termo “intensidade”, porque não especificam “se se referem ao tempo ou à frequência de tratamento” (sic). Consequentemente, foi sugerida a substituição do termo “intensidade” por “frequência”.

A 5ª entrevista foi realizada a uma fisioterapeuta de 25 anos, que se encontra a trabalhar há cerca de 1 ano na região de Coimbra e tem 6 anos de experiência com casos de dor lombar. A participante não referiu nenhuma questão em relação à clareza do questionário e considerou os termos utilizados perceptíveis. Porém, apresentou algumas

sugestões em relação à apresentação do questionário, nomeadamente no tamanho da letra, referente às opções de resposta que lhe pareceram demasiado pequenas o que dificulta a leitura e seleção da resposta a cada item, e também na possibilidade de agrupar as questões por assunto de forma a tornar o questionário “menos confuso” (sic). Em termos de compreensão a questão nº 12 “*As limitações funcionais associadas a dor lombar são o resultado de fatores psicossociais*” levantou algumas dúvidas por esta considerar apenas os fatores psicossociais como responsáveis pelas limitações funcionais associadas à dor lombar.

Resumindo, para a grande maioria dos fisioterapeutas participantes o questionário é claro e compreensível, sendo os termos utilizados adequados à população portuguesa.

#### ***4.1.5. Auditoria Final***

Finalmente todo o processo foi submetido a um processo de auditoria com recurso à avaliação de uma perita nos aspetos metodológicos inerentes à adaptação cultural e linguista dos instrumentos. Após análise da documentação disponibilizada acerca dos procedimentos utilizados no processo de adaptação cultural e linguista, a perita concluiu que o processo cumpriu os requisitos necessários à minimização do risco de viés ao longo de todas as fases do processo, pelo que a considera que se encontra assim garantida a equivalência do conteúdo entre a fonte original e a versão portuguesa da PABS.

#### ***4.1.6. Versão final do PABS-PT***

Para a realização da versão final do PABS-PT (Apêndice XII) foram considerados os diversos contributos resultantes dos vários processos de adaptação cultural anteriormente descritos, nomeadamente o Estudo Piloto, o *Cognitive Debriefing* e a Validação pelo Comité de Peritos. Ao longo do questionário a expressão "dor lombar" foi substituída por "dor nas costas" e, uma vez que este instrumento já foi utilizado pelos autores de outros estudos sobre a dor cervical e lombar, para utilizações futuras deste questionário, o termo “dor nas costas” pareceu-nos mais adequado.

Em relação ao Estudo Piloto a opinião geral ao questionário foi bastante favorável tendo a amostra considerado o questionário claro e sugestivo, de fácil leitura e com um tempo médio de resposta de 15 minutos. Em relação às instruções estas também foram consideradas claras e de fácil compreensão. Assim sendo, a versão portuguesa (versão de consenso resultante do processo de tradução) do questionário não sofreu nenhuma alteração a este nível, com exceção da sugestão de aumentar o tamanho da letra nas opções de resposta de forma a facilitar a sua leitura. Por fim, as questões que levantaram dúvidas a alguns participantes foram esclarecidas através do processo de *Cognitive Debriefing*. Porém, na elaboração da versão final portuguesa do PABS-PT apenas foi considerada a sugestão dada na 2ª entrevista relativamente à questão N°3 por esta ter sido vista como uma alteração positiva na compreensão da mesma. Assim sendo, de forma a tornar a frase mais facilmente compreensível a ordem da afirmação – “Uma terapia efectiva não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados” – foi alterada para “Não é necessário o conhecimento dos tecidos lesados para um tratamento efetivo”. De salientar que a palavra “terapia” foi substituída por “tratamento”, uma vez que a mesma está mais adequada ao contexto Português.

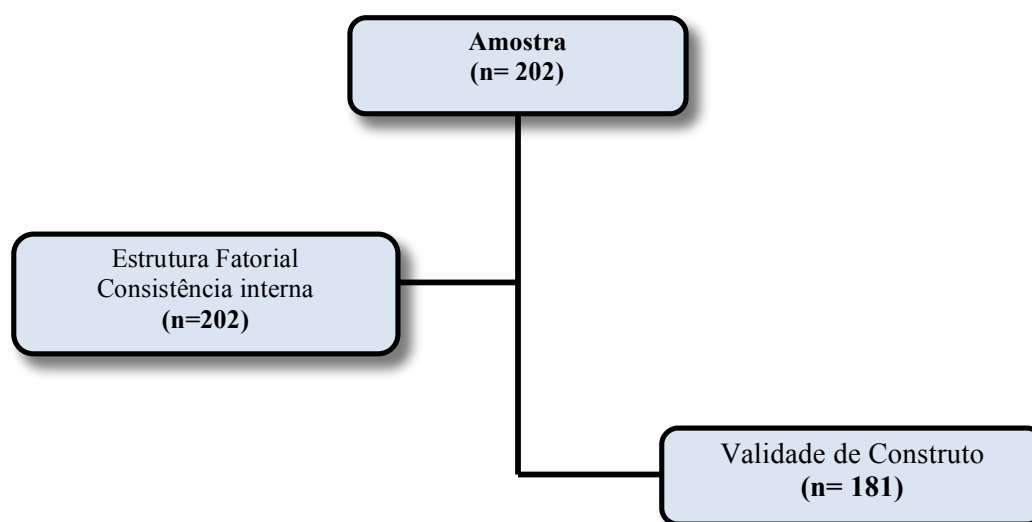
Por fim, o Comité de Peritos salientou diversos aspetos que foram acolhidos na elaboração da versão final do PABS-PT. No que diz respeito à coerência geral do questionário, a recomendação do 1º perito em uniformizar a tradução das palavras “*patients*”, que surge como “utentes” e “pessoas”, foi aceite e escolhida a palavra “pessoas”. Nas instruções, a sugestão do 1º perito em substituir a palavra “Síndrome” por “Síndrome” foi aceite. Na questão N° 3, tal como sugerido anteriormente no processo *Cognitive Debriefing*, foi aceite a sugestão do 2º perito em substituir a palavra “terapia” por “tratamento”, por ser mais adequada ao contexto dos fisioterapeutas portugueses. De forma a tornar a tradução mais consistente e coerente esta alteração foi considerada em todo o questionário. Na questão N° 5 a sugestão dos peritos em alterar o termo singular “causa orgânica” para o plural “causas orgânicas” foi aceite de forma a manter a equivalência linguística e não comprometer a equivalência conceptual, uma vez que na versão original este termo se encontra no plural. Na questão N° 9 “Pessoas que tiveram dor lombar devem evitar atividades que causem stress na região lombar”, para que a afirmação ficasse em concordância com a versão original, a sugestão dos peritos em alterar o tempo verbal, do presente para o passado, foi aceite. Na questão N° 14, o 2º perito sugeriu a alteração da expressão “movimentos livres de dor” por

“movimentos que não causem dor”, que foi aceite pois mantém o significado e é uma expressão mais comum no contexto português. Na questão Nº 22, a sugestão do 1º perito em alterar a sua construção de forma a clarificar a tradução foi considerada – “Se a severidade da dor nas costas aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento”. Por sugestão do 2º perito a segunda palavra “aumento” na questão Nº 25 foi alterada para “agravamento” – “O aumento da dor indica nova lesão tecidual ou agravamento da lesão existente” – de forma a tornar mais adequado o contexto face à versão original. Na questão Nº 28, “TENS e/ou suporte lombar permitem uma recuperação funcional”, a sugestão do 2º perito em substituir o termo “permitem uma” por “ajudam na” foi aceite por estar mais próximo da versão original. Na questão Nº 30 a recomendação para a substituição de duas palavras – “preocupo-me” por “receio” e “causada” por “provocada” – foi aceite de forma a retratar melhor o contexto da questão original. Por fim, na questão Nº 34 foi aceite a sugestão do 1º perito em alterar a tradução da expressão “em carga” para “em carga excessiva”, por comprometer a equivalência conceptual.

## 4.2. Estudo 2 - Propriedades psicométricas da versão portuguesa da PABS-PT

Neste estudo participaram 202 participantes que preencheram o questionário de caracterização sociodemográfica e a versão portuguesa da PABS. Devido à falta de preenchimento do instrumento HC-PAIRS num dos locais de recolha de dados, a amostra para o estudo da validade de constructo contou com 181 participantes (Figura 1).

Figura 1 – Constituição da amostra para avaliação das diferentes características psicométricas da versão portuguesa da PABS.



Durante a análise dos dados foram identificados *missing itens* nas respostas de alguns dos participantes da amostra. No caso de um dos participantes, foi necessário excluí-lo da análise uma vez que este não respondeu a mais de 10% (mais de 3 itens) da PABS-PT. Nos restantes casos, procedeu-se à substituição dos *missing itens* da seguinte forma:

- no caso do item não preenchido pertencer a um item associado a um dos fatores (biomédico ou biopsicossocial), tal como descrito na versão corrigida da PABS (Houben, 2005a), o valor para esse item foi substituído pela mediana obtida nesse fator;

- no caso do item não preenchido não estar associado a nenhum fator (itens: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 26, 28, 32 e 36), tal como descrito na versão

corrigida da PABS (Houben, 2005a), o valor foi substituído pela mediana desse participante, considerando todas as questões da escala (36 itens).

#### ***4.2.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional da amostra***

Dos 202 participantes que participaram no estudo, 120 eram Fisioterapeutas graduados (a exercer atividade profissional na área das condições músculo-esqueléticas, fisioterapeutas e/ou a frequentar o Mestrado em Fisioterapia), e 82 eram estudantes finalistas (4º ano) do curso de Licenciatura em Fisioterapia. Uma vez que o Questionário de Caracterização continha questões diferentes para fisioterapeutas e estudantes finalistas de Fisioterapia, a caracterização dos participantes será feita separadamente.

No caso dos fisioterapeutas 70% dos participantes era do género feminino e a maioria (85%) tinha uma idade inferior a 42 anos (Tabela 2). Relativamente às qualificações académicas observou-se que a maioria (75%) era detentora do grau de Licenciatura em Fisioterapia, sendo que a conclusão da última qualificação ocorreu entre 1980 e 2013. Dos 120 participantes, apenas 40% referiram que possuíam formação complementar de nível pós-licenciatura (ou pós-bacharelato) na área da Fisioterapia em Condições Músculo Esqueléticas, tendo sido indicadas diversas formações, nomeadamente: Reeducação Postural Global, Pilates Clínico e Cadeias Musculares de Busquet, Kinesio Tape.

Da totalidade dos participantes nesta subamostra, 85,8% referiu ter experiência profissional com utentes com dor lombar, com uma média 6 anos ( $\pm$  7 anos). As restantes características sociodemográficas e profissionais encontram-se descritas na tabela 2.

**Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Fisioterapeutas** (n =120; distribuição de frequências absolutas e relativas ou dados estatística descritiva)

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Frequência absoluta (Fa)</b>	<b>Frequência relativa (Fr)</b>
<b>Idade</b>	< 42 anos	102	85%
	≥ 42 anos	18	15%
<b>Gênero</b>	Feminino	84	70%
	Masculino	36	30%
<b>Qualificações acadêmicas</b>	Bacharelato em Fisioterapia	21	17,5%
	Licenciatura em Fisioterapia	90	75%
	Mestre em Fisioterapia	7	5,8%
	Mestre numa área relacionada;	2	1,7%
<b>Formação complementar de nível pós-licenciatura</b>	Não	72	60%
	Sim	48	40%
<b>Situação profissional</b>	Emprego a tempo inteiro	84	70%
	Emprego a part-time	23	19,2%
	Desempregado	13	10,8%
<b>Local onde exerce</b>	Público	21	17,5%
	Privado e Convencionado	69	57,5%
	Misto	18	15%
	Não se aplica	12	10%
<b>Nº anos de experiência profissional</b>	Menos de 1 ano	24	20%
	Entre 2 a 6 anos	56	46,7%
	Entre 6 a 10 anos	13	10,8%
	Mais de 10 anos	27	22,5%
<b>Experiência com casos de dor lombar</b>	Não	17	14,2%
	Sim	103	85,8%
<b>Experiência pessoal de dor lombar</b>	Não	29	24,2%
	Sim	91	75,8%
<b>Experiência familiar/ outras pessoas próximas de dor nas costas</b>	Não	18	15%
	Sim	102	85%

No caso dos estudantes finalistas (4º ano) do curso de licenciatura em Fisioterapia todos os participantes tinham idade inferior a 42 anos, e 75,6% era do

género feminino. As restantes características sociodemográficas e profissionais encontram-se descritas na tabela 3.

**Tabela 3 – Caracterização Sócio-Demográfica e Profissional dos Estudantes do 4ºano licenciatura** (n = 82; distribuição de frequências absolutas e relativas)

Variável	Categoria	Frequência absoluta (Fa)	Frequência relativa (Fr)
Género	Feminino	62	75,6%
	Masculino	20	24,4%
Experiência pessoal de dor lombar	Não	18	22%
	Sim	64	78%
Experiência familiar/ outras pessoas próximas de dor nas costas	Não	4	4,9%
	Sim	78	95,1%

#### **4.2.2. Estrutura Fatorial da versão portuguesa da PABS-PT**

No seguimento dos objetivos propostos para esta fase do estudo começou-se por proceder à avaliação da estrutura fatorial da versão portuguesa da PABS-PT, através da AFE para explorar os fatores (dimensões) que estão subjacentes ao questionário, em que cada um contém itens que se podem agrupar de uma forma consistente e coerente (Bowling, 2009; Mutsaers, 2012).

Inicialmente foi necessário verificar a existência de uma correlação suficientemente elevada entre as variáveis. No que se refere à avaliação da adequação geral da matriz de correlações, verificou-se que o **teste de Esfericidade de Bartlett** apresenta um valor de  $p < 0,001$ , pelo que podemos rejeitar  $H_0$  ( $H_0: \Pi=I$ ; consultar o ponto 3.6 da Metodologia). Assim, justifica-se a realização da AFE, uma vez que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Marôco, 2011). Relativamente à medida de adequação da amostragem Kaiser-Meyer-Olkin (**KMO**) o valor obtido foi 0,759 (Tabela 4). De acordo com Marôco (2011), este resultado revela uma recomendação média face à AFE.

**Tabela 4 – Teste de Esfericidade de Bartlett e Medida de Adequação da Amostragem Kaiser-Meyer-Olkin**

<b>Medida de Adequação da Amostragem Kaiser-Meyer-Olkin</b>		,759
<b>Teste de Esfericidade de Barlett</b>	Approx. Chi-Square	2083,704
	Df	630
	Sig.	,000

De acordo com a Tabela das Comunalidades (Anexo VI) a maioria dos itens apresentaram valores de correlação acima de 0,6, refletindo um grau moderado de correlação (Norman, 2008). Porém, alguns apresentaram valores inferiores a 0,6 e foram os seguintes: Nº 4, 10, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 30, 31, 35 e 36.

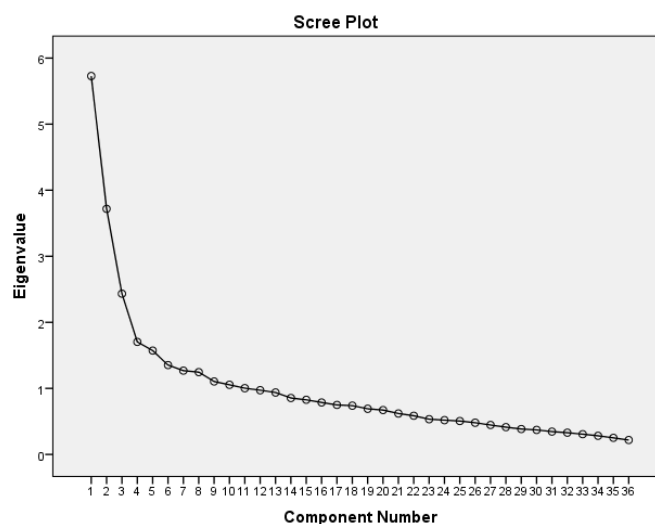
De seguida, procedeu-se à extração dos fatores, que consiste em reter o número mínimo de fatores que permitam explicar o fenómeno em estudo (Marôco, 2011; Norman, 2008). Para tal, foram considerados um conjunto de critérios, nomeadamente a regra do ***eigenvalue superior a 1*** e a análise do ***Scree Plot***.

Analisando a Tabela de Variância Total (Tabela 5) e de acordo com a regra do ***eigenvalue superior a 1*** foram identificadas 11 componentes. Estas explicam 61,62% da variância total das variáveis originais. Na mesma tabela é possível observar que há um fator predominante que explica 15,91% da variância total. O 2º e 3º fator têm valores de variância explicada acima dos 5% e os restantes abaixo de 5%.

**Tabela 5 – Variância total explicada**

Itens	<i>Eigenvalues</i> iniciais			Extração das somas do quadrado dos fatores		
	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulative
1	5,728	15,911	15,911	5,728	15,911	15,911
2	3,718	10,327	26,238	3,718	10,327	26,238
3	2,433	6,759	32,996	2,433	6,759	32,996
4	1,703	4,731	37,727	1,703	4,731	37,727
5	1,573	4,368	42,095	1,573	4,368	42,095
6	1,353	3,758	45,853	1,353	3,758	45,853
7	1,268	3,523	49,376	1,268	3,523	49,376
8	1,246	3,461	52,838	1,246	3,461	52,838
9	1,104	3,067	55,905	1,104	3,067	55,905
10	1,054	2,929	58,834	1,054	2,929	58,834
11	1,003	2,785	61,619	1,003	2,785	61,619
12	,972	2,701	64,320			
13	,937	2,603	66,923			
14	,854	2,373	69,296			
15	,827	2,297	71,593			
16	,787	2,186	73,778			
17	,749	2,081	75,859			
18	,738	2,051	77,910			
19	,691	1,919	79,829			
20	,672	1,867	81,696			
21	,619	1,720	83,416			
22	,586	1,627	85,043			
23	,533	1,482	86,524			
24	,519	1,441	87,966			
25	,505	1,404	89,369			
26	,480	1,334	90,703			
27	,445	1,237	91,940			
28	,414	1,149	93,089			
29	,385	1,068	94,157			
30	,371	1,031	95,188			
31	,345	,959	96,147			
32	,330	,916	97,063			
33	,306	,850	97,913			
34	,282	,783	98,696			
35	,252	,699	99,395			
36	,218	,605	100,000			

Ao analisar o *Scree Plot* obtido, verificou-se que o fator correspondente ao ponto de inflexão deste gráfico é o fator 4 (Figura 2). De acordo com o critério do *Scree Plot*, devem reter-se os fatores imediatamente anteriores ao ponto de inflexão, como tal, neste caso devem reter-se 3 fatores.



**Figura 2 – *Scree Plot* obtido na análise fatorial**

Na tabela da matriz de componentes (Tabela 6) observa-se que a estrutura de dados obtida é bastante complexa, em que a maioria dos itens tem pesos fatoriais em mais do que uma componente.

**Tabela 6 – Matriz das 11 componentes**

Itens	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
31	,650	-,136	,151	,104		-,151	,119		,228		
25	,639		,154	-,363	,199		-,142	,142	,216		
10	,613			-,131		,124			-,110	,213	,186
15	,609		,188		,102	,134		-,176	,294		,171
30	,602		,279					-,238	,192		,127
13	,587		,349		-,102					,138	-,238
24	,586	,167	-,315	-,102	,237	-,130		,231	-,208		
20	,577	,129		-,346					-,183		-,171
9	,563	-,135		,467	,108		-,123	-,144	-,123		
35	,526		-,283	-,207					-,117	,234	,228
28	,525			,186		-,251	,301	,361	,265	,108	
14	,519	-,126		,155	,222			,187	,232	-,231	-,292
26	,483			-,204	-,271	,245	-,161			-,336	
3	-,478	,316	,148		,337	-,131		,311	,204		
4	,462	-,167	-,102	,396				,149	-,320		-,217
33	,160	,638	-,410	,150	-,139	-,146		-,141	,134		
32	,149	,583	-,294		,135	-,237		,145	,146	,254	,170
6		,581	-,149	,193	-,110	-,400	-,206		,109		
16	,154	,575	-,303		,221	,219	-,128		,174		-,174
7	-,152	,565	,220	,220	,244		-,133	-,362			
12		,484			-,400		,113	-,232		-,167	-,368
11		,465	-,147	-,260		,357	,369		,144		
21	,358		,572		,190	-,157		-,129	-,106		-,116
36	-,223	,361	,523		,238						
19		,448	,482	,127	-,272		,176	,127			
1	,343	-,234	,428	,183	-,239	-,224	-,149	,128	,225	-,190	
2	,286	-,257	-,302	,395	-,294	,249		-,282	,138	,183	,103
23	,382	,322		-,387	,151		,144	-,329	-,153		
34		,347	,191	-,121	-,489	-,324			-,192		,249
17		,314		,390		,430	,211			,176	
5	,107	,263	,108				-,664		-,120	,243	-,106
27	,196		,121	,256	,384	-,135	,433		-,352		
18	,364	,367	-,146		-,132	,270	-,168	,442	-,208	-,220	
22	,364	,229	-,244	,283		-,148	,188	-,132	-,138	-,432	
29		,362	,335		-,280	,301		,227		,380	
8		,342	,344	,101	,190	,244	-,173			-,260	,550

Dada a inconsistência entre a regra do *eigenvalue* e do *Scree Plot* foi necessário recorrer à análise de outros critérios que pudessem contribuir para uma melhor decisão acerca do número de fatores a reter, nomeadamente:

1. Suprimir os itens com peso fatorial < 0,364: De acordo com Norman & Streiner (2008), para definir os itens a manter e a retirar deve ser inicialmente calculado o valor mínimo para o peso fatorial (CV) para que este seja estatisticamente significativo. Dado que o tamanho da nossa amostra (N) é superior a 100, a fórmula utilizada para o cálculo desse valor foi a seguinte:

$$CV = \frac{5.152}{\sqrt{N - 2}}$$

Considerando o valor obtido, CV = 0,364 foram retirados da tabela matriz de rotação de componentes todos os valores cujo peso fatorial fosse inferior.

2. Suprimir os itens com valor negativo: Os itens com valor negativo foram igualmente retirados de acordo com o procedimento efectuado pelos autores da versão de 36 itens (Houben, 2005a cit. por Laekeman, 2008).
3. Suprimir os itens associados a mais do que 1 fator: Por fim, e nos casos em que os itens com peso fatorial  $\geq 0,364$  estavam associados a mais do que 1 fator, optou-se por retirar o item desde que a diferença entre os pesos fatoriais fosse inferior a 0,1 (Ostelo, 2003).
4. Confrontar os dados obtidos com o critério “variância extraída por cada fator e variância extraída total”: De acordo com este critério devemos reter os fatores que extraíram pelo menos 5% da variância total (Marôco, 2011). Assim, de acordo com a regra dos fatores a reter e conforme o valor sugerido pelo *Scree Plot*, decidimos não manter todos os componentes identificados pela regra do *eigenvalue*, uma vez que a variância explicada pela maioria dos fatores identificados por esta regra apresentava valores muito baixos (inferior a 5% da variância total), e introduzir um valor fixo de fatores (3 fatores) a manter (Norman, 2008).

De seguida, realizamos novamente a AFE e procedemos à análise das percentagens cumulativas da variância total explicada pelos fatores, mantendo agora as 3 componentes sugeridas pelo *scree plot* e suprimindo os itens de acordo com os critérios referidos (itens N° 2, 3, 5, 8, 17, 19, 27, 29, 33, 34).

Os três componentes explicam 38,3% da variância total, em vez dos 61,62% das 11 componentes. Contudo, todas as componentes explicam mais de 5% de variância total. A estrutura obtida é menos complexa e aproxima-se dos dados. Uma vez que ainda se mantinham 2 itens com peso fatorial em mais do que uma componente (itens N° 7, 21) e 1 item com peso fatorial negativo (item N° 1), estes foram excluídos. O item N° 22 foi igualmente excluído por não apresentar carga fatorial (ou inferior a 0,364) em nenhuma das componentes.

Seguidamente, de forma a simplificar a estrutura fatorial, e a tornar mais fácil a interpretação dos resultados, procedeu-se ao método de rotação dos fatores. O método utilizado foi o de rotação “Varimax”. Segundo Marôco (2011), este é um dos métodos mais populares para efetuar a rotação de eixos fatoriais, e consiste em obter uma estrutura fatorial na qual cada variável está fortemente associada com um único fator, e pouco associada com os restantes fatores. Após a rotação e analisando a tabela da Matriz de rotação de 3 componentes (Tabela 7) verificou-se que este procedimento simplificou o modelo, restando 3 itens associados a mais do que 1 fator e 2 itens com carga fatorial negativa (itens N° 9, 11, 12, 24, 36). No final e após eliminação destes itens, a componente 1 reteve 12 itens (N° 10, 13, 14, 15, 20, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 35), e a componente 2 reteve 4 itens (N° 6, 16, 18, 32). Uma vez que a componente 3, tinha apenas um item associado (item N° 4), esta componente foi excluída (Tabela 8).

**Tabela 7 – Matriz de rotação de 3 componentes**

Nº	Itens	Componente		
		1	2	3
30	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.	,714		
25	O agravamento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente.	,710		
15	A dor indica que algo está gravemente errado com as costas.	,691		
13	O melhor conselho para a dor nas costas é: “Tenha cuidado” e “Não faça movimentos desnecessários”.	,634		
31	A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor.	,621		
10	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidual.	,566		
20	A dor nas costas indica a presença de lesão orgânica.	,564		
26	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas.	,507		
23	Se o tratamento não resultar numa redução da dor, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.	,468		
14	As pessoas com dor nas costas devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.	,458		
28	TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional.	,403		
35	A longo prazo, as pessoas com dor nas costas têm maior risco de desenvolver problemas na coluna .	,392		
32	Retomar rapidamente as atividades diárias é um objetivo de tratamento importante.		,714	
16	O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.		,688	
6	O stress mental pode causar dor nas costas, mesmo na ausência de lesão tecidual.		,549	
18	O tratamento pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar.		,535	
24	A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal.	,373	,513	,374
4	No tratamento da dor nas costas, a redução do esforço físico diário é um fator importante.			,596
9	As pessoas com dor nas costas devem evitar atividades que causem stress na região lombar.	,364		,565
12	As limitações funcionais associadas a dor nas costas são o resultado de fatores psicossociais.			-,481
36	Na dor nas costas, exames imagiológicos são desnecessários.			-,478
11	Uma pessoa com dor severa nas costas irá beneficiar de exercício físico.		,384	-,466

**Tabela 8 – Matriz final com 2 componentes**

Nº	Itens	Componente	
		1	2
30	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.	,714	
25	O agravamento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente.	,710	
15	A dor indica que algo está gravemente errado com as costas.	,691	
13	O melhor conselho para a dor nas costas é: “Tenha cuidado” e “Não faça movimentos desnecessários”.	,634	
31	A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor.	,621	
10	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidual.	,566	
20	A dor nas costas indica a presença de lesão orgânica.	,564	
26	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas.	,507	
23	Se o tratamento não resultar numa redução da dor, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.	,468	
14	As pessoas com dor nas costas devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.	,458	
28	TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional.	,403	
35	A longo prazo, as pessoas com dor nas costas têm maior risco de desenvolver problemas na coluna .	,392	
32	Retomar rapidamente as atividades diárias é um objetivo de tratamento importante.		,714
16	O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.		,688
6	O stress mental pode causar dor nas costas, mesmo na ausência de lesão tecidual.		,549
18	O tratamento pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar.		,535

Na componente 1 verificamos que a todas as afirmações remetem para uma abordagem típica do modelo biomédico. Analisando o conteúdo das afirmações pode constatar-se que estas se referem à convicção da existência de uma relação entre dor e lesão tecidual. Este aspeto pode ser ilustrado através do item Nº 31 que obteve o maior peso fatorial “A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor” (Tabela 9).

**Tabela 9 – Itens da componente 1 no modelo final com 2 componentes da versão portuguesa da PABS-PT**

Itens	Afirmação
10	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidular.
13	O melhor conselho para a dor nas costas é: “Tenha cuidado” e “Não faça movimentos desnecessários”.
14	As pessoas com dor nas costas devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.
15	A dor indica que algo está gravemente errado com as costas.
20	A dor nas costas indica a presença de lesão orgânica.
23	Se o tratamento não resultar numa redução da dor, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.
25	O agravamento da dor indica nova lesão tecidular ou aumento da lesão existente.
26	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas.
28	TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional.
30	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.
31	A severidade da lesão tecidular determina o nível de dor.
35	A longo prazo, as pessoas com dor nas costas têm maior risco de desenvolver problemas na coluna.

No que se refere à componente 2 verificamos que a maioria das afirmações remetem para uma abordagem referente ao modelo biopsicossocial (Tabela 10). Nesta componente pode observar-se que a maioria das afirmações refere questões relacionadas com o tratamento destes casos e estratégias/comportamentos que podem promover a sua recuperação funcional apesar da dor (item N° 16, 18 e 32). Um exemplo disso é o item N° 32, que obteve maior peso fatorial – “Retomar rapidamente as atividades diárias é um objetivo de tratamento importante”.

Tendo em conta, que a estrutura fatorial obtida foi de 2 fatores/componentes, como na versão original da escala, e dado que os itens se organizam nos dois tipos de abordagem que a PABS-PT pretende avaliar decidiu-se manter a mesma designação, ou seja a componente 1 corresponde à abordagem biomédica e a componente 2 corresponde à abordagem biopsicossocial. No final estes dois componentes explicam 30,96% da variância total, sendo que a componente 1 explica 19,75% e a componente 2 11,21%.

**Tabela 10 – Itens da componente 2 no modelo final com 2 componentes da versão portuguesa da PABS-PT**

Itens	Afirmação
6	O stress mental pode causar dor nas costas, mesmo na ausência de lesão tecidual.
16	O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.
18	O tratamento pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar.
32	Retomar rapidamente as atividades diárias é um objetivo de tratamento importante.

#### **4.2.3. Consistência Interna da versão portuguesa da PABS-PT**

Um dos meios de verificação da fiabilidade de um instrumento é através da análise da consistência interna, que permite averiguar a homogeneidade dos seus enunciados. Neste estudo, foi estimado o valor do alpha de *Cronbach* e foi avaliada a correlação item a item e a correlação item-total, através do coeficiente de correlação de *Pearson*, com nível de significância de 5%. Para tal, foram analisadas as duas componentes identificadas anteriormente.

A componente 1 (biomédica), constituída por 12 itens, apresenta um valor de alpha de *Cronbach* de 0,826, o que traduz uma boa consistência interna (Pestana, 2008). Ao contrário, a componente 2 (biopsicossocial), constituída por 4 itens, apresenta um valor de alpha de *Cronbach* de 0,589, o que traduz uma consistência interna muito fraca (Tabela 11).

**Tabela 11 – Valores da consistência interna das pontuações obtidas em cada componente.**

Itens	Componente 1 (biomédica)	Componente 2 (biopsicossocial)
Número de itens	12	4
Alpha de <i>Cronbach</i>	0,826	0,589

Ao analisar as correlações item a item da **componente biomédica**, verificámos que o valor mínimo de correlação item a item foi de 0,044 e o valor máximo foi de 0,461 (Tabela 12). Nas correlações item-total o valor mais elevado foi de 0,609 (Tabela

13). Assim, dado que nenhum dos valores de correlação foi muito elevado ( $>0,90$ ), podemos constatar que nenhum dos itens é redundante.

**Tabela 12 – Correlação item a item da componente biomédica**

Itens		10	13	14	15	20	23	25	26	28	30	31	35
Componente Biomédica	10	1,000	0,261	0,248	0,429	0,378	0,204	0,354	0,255	0,272	0,266	0,330	0,367
	13	0,261	1,000	0,300	0,333	0,325	0,181	0,370	0,235	0,329	0,422	0,338	0,213
	14	0,248	0,300	1,000	0,314	0,189	0,044	0,332	0,248	0,311	0,242	0,287	0,187
	15	0,429	0,333	0,314	1,000	0,232	0,266	0,457	0,256	0,278	0,447	0,358	0,200
	20	0,378	0,325	0,189	0,232	1,00	0,324	0,416	0,281	0,181	0,296	0,292	0,323
	23	0,204	0,181	0,044	0,266	0,324	1,000	0,262	0,202	0,089	0,259	0,173	0,257
	25	0,354	0,370	0,332	0,457	0,416	0,262	1,000	0,309	0,269	0,436	0,403	0,279
	26	0,255	0,235	0,248	0,256	0,281	0,202	0,309	1,000	0,205	0,238	0,194	0,187
	28	0,272	0,329	0,311	0,278	0,181	0,089	0,269	0,205	1,000	0,246	0,367	0,220
	30	0,266	0,422	0,242	0,447	0,296	0,259	0,436	0,238	0,246	1,000	0,461	0,279
	31	0,330	0,338	0,287	0,358	0,292	0,173	0,403	0,194	0,367	0,461	1,000	0,225
	35	0,367	0,213	0,187	0,200	0,323	0,257	0,279	0,187	0,220	0,279	0,225	1,000

Verifica-se ainda, pela Tabela 13, que a eliminação de qualquer item não altera significativamente o coeficiente de  $\alpha$  de *Cronbach*, ou seja, não há nenhum item cuja exclusão aumente substancialmente a consistência interna da escala. Estes resultados, corroboram com os resultados da AFE, na medida que revelam argumentos para não excluir nenhuma questão da escala.

Ao analisar as correlações item a item da **componente biopsicossocial**, verificámos que o valor mínimo de correlação item a item foi de 0,155 e o valor máximo de 0,368 (Tabela 14) e nas correlações item-total o valor mais elevado foi de 0,433 (Tabela 13). Como nenhum dos valores de correlação foi muito elevado ( $>0,90$ ), podemos constatar que nenhum dos itens é redundante. Nesta componente verificou-se que se o item N°18 fosse retirado o valor da consistência interna iria aumentar de 0,589 para 0,598. Contudo, a diferença é mínima, pelo que se manterá o item.

**Tabela 13 – Correlação dos itens com o total de cada componente e valor do  $\alpha$  Cronbach se cada item fosse retirado da versão portuguesa da PABS-PT.**

Componente	Itens	Correlação item com o total	$\alpha$ Cronbach com a retirada do item
<b>Componente 1</b> (biomédica) ( $\alpha = 0,826$ )	10	0,519	0,809
	13	0,511	0,810
	14	0,414	0,818
	15	0,558	0,806
	20	0,499	0,811
	23	0,340	0,824
	25	0,609	0,802
	26	0,397	0,821
	28	0,421	0,818
	30	0,558	0,806
	31	0,531	0,808
	35	0,417	0,818
<b>Componente 2</b> (biopsicossocial) ( $\alpha = 0,589$ )	6	0,358	0,527
	16	0,429	0,473
	18	0,287	0,598
	32	0,433	0,476

**Tabela 14 - Correlação item a item da componente biopsicossocial**

Itens		6	16	18	32
<b>Componente Biopsicossocial</b>	6	1,000	0,280	0,155	0,368
	16	0,280	1,000	0,279	0,353
	18	0,155	0,279	1,00	0,208
	32	0,368	0,353	0,208	1,000

#### ***4.2.4. Validade Convergente e Discriminativa da versão portuguesa da PABS-PT***

Para determinar qual a abordagem estatística a utilizar no teste das hipóteses, relativas à validade convergente, procedeu-se inicialmente ao estudo da normalidade das variáveis relativas à pontuação total da componente 1 (biomédica) e da componente

2 (biopsicossocial) e à pontuação total da variável HC-PAIRS, com recurso ao teste de de *Kolmogorov-Smirnov*, uma vez que o “n” amostral era superior a 30.

De acordo com os resultados obtidos (Tabela 15), constata-se que as componentes biomédica e biopsicossocial têm um nível de significância inferior a  $p < 0,05$ , indicando assim que a sua distribuição não é normal. Quanto à variável HC-PAIRS, apresenta um nível de significância superior a  $p > 0,05$ , indicando que a sua distribuição é normal.

**Tabela 15 – Teste de Normalidade *Kolmogorov-Smirnov***

Componente/ Escala	Teste <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	Sig. (p)
C1 – Biomédica/ PABS-PT	0,094	0,001
C2 – Biopsicossocial/ PABS-PT	0,117	0,000
HC-PAIRS	0,046	0,200

Deste modo, a maioria das variáveis em estudo não reúne os pressupostos para a aplicação de um teste estatístico paramétrico, pelo que optamos pelo coeficiente de correlação de *Spearman* para o estudo da validade convergente.

**Hipótese 1:** Relação entre a componente biomédica da PABS e a HC-PAIRS.

A hipótese 1 estabelecia que existe uma correlação positiva e significativa, forte entre os resultados da componente biomédica da PABS e a HC-PAIRS.

Para estudarmos a relação entre a pontuação total da componente biomédica da PABS-PT, com a pontuação total da variável HC-PAIRS, recorreremos às medidas de associação, que possibilitam quantificar a intensidade e a direção da associação entre as variáveis em estudo. A análise das correlações permite-nos verificar uma associação estatisticamente significativa, moderada e positiva, entre as componentes 1 (biomédica) e a HC-PAIRS, considerando  $R_s = 0,481$ ,  $p \leq 0,005$  (Tabela 16). Deste modo, os resultados obtidos corroboram a hipótese de investigação inicialmente colocada.

**Tabela 16 – Valores do coeficiente de correlação de *Spearman* entre as componentes da PABS-PT e a HC-PAIRS**

Componente/ Escalas		C1 – Biomédica/ PABS-PT	C2 – Biopsicossocial/ PABS-PT
HC-PAIRS	Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i>	0,481*	- 0,038
	Valor <i>p</i>	0,005	0,612

\* Correlação significativa para o nível 0,005 (two tailed).

**Hipótese 2:** Relação entre a componente biopsicossocial da PABS e a HC-PAIRS.

A hipótese 2 estabelecia que existe uma correlação negativa, fraca e significativa entre a pontuação total da componente biopsicossocial da versão portuguesa da PABS e a HC-PAIRS.

Os resultados do teste de correlação de *Spearman* (Tabela 16) mostram uma associação fraca e negativa, estatisticamente não significativa, entre a componente 2 (biopsicossocial) e a HC-PAIRS, considerando  $R_s = -0,038$ ,  $p=0,612$ . Deste modo, os resultados obtidos não permitem corroborar a hipótese estabelecida.

**4.2.5. Relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e as pontuações obtidas na versão portuguesa da PABS-PT**

Para explorar os efeitos do género, formação complementar, local de trabalho, experiência profissional e experiência pessoal e/ou familiar de dor lombar nas pontuações das duas componentes, foram calculadas as médias e desvio padrão para as diferentes categorias de cada variável. As pontuações médias foram comparadas com recurso ao teste *t* de *student*, para amostras independentes, para cada componente, e para cada subamostra (fisioterapeutas e estudantes finalistas). Por fim explorou-se o efeito das subamostras nas duas componentes. No caso das variáveis anos de experiência profissional e local de prática, os seus resultados foram agregados de forma a constituir grupos com um “n amostral” mais homogéneo. Os resultados estão apresentados nas tabelas 17, 18 e 19.

Analisando as características dos fisioterapeutas, em relação à pontuação atribuída nas duas componentes da PABS-PT, podemos verificar que no caso das mulheres apesar de existir uma tendência para pontuarem mais alto na componente biopsicossocial do que os homens, a diferença estatística observada não se revelou estatisticamente significativa ( $p = 0,58$ ). Quanto à formação complementar de nível pós-licenciatura, verificou-se que os fisioterapeutas sem essa formação complementar demonstram tendência para pontuarem mais alto na componente biomédica, sendo a diferença observada estatisticamente significativa ( $p = 0,009$ ). Pelo contrário, os fisioterapeutas que possuem formação complementar têm tendência a pontuar mais alto na componente biopsicossocial, embora a diferença encontrada não seja estatisticamente significativa ( $p = 0,67$ ).

Relativamente aos anos de experiência profissional verificou-se que os fisioterapeutas com mais de 10 de anos de experiência têm tendência a pontuar mais quer na componente biomédica quer na componente biopsicossocial, porém a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa.

Os resultados relativos à experiência profissional dos fisioterapeutas com utentes com dor lombar revelou que quem referiu não ter experiência tem tendência a pontuar mais alto na componente biomédica (diferença estatisticamente não significativa;  $p = 0,079$ ), enquanto, que os que têm experiência com estes casos têm tendência a pontuar mais alto na componente biopsicossocial, sendo a diferença obtida foi estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ).

Relativamente à experiência pessoal de dor lombar dos fisioterapeutas os resultados revelaram que fisioterapeutas que já tiveram essa experiência têm tendência a pontuarem mais alto nas duas componentes (biomédica e biopsicossocial). Contudo, a diferença obtida não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,542$  e  $0,174$ , respetivamente). O mesmo se verificou em relação à experiência familiar de dor lombar.

Por fim, pode ainda verificar-se que os resultados obtidos na PABS-PT não parecem ter tendência a ser influenciados pelo tipo de local de trabalho.

Tabela 17 – Características dos fisioterapeutas e sua relação com a pontuação nas componentes 1 e 2

	Componente 1 (Biomédico)			Componente 2 (Biopsicossocial)		
<b>Min-Máx teórico</b>	0-72			0-24		
<b>Média (dp)</b>	41,4 (±8,84)			19,7 (±2,6)		
<b>Amplitude</b>	19-66			12-24		
	Média (dp)	t- teste	Valor p	Média (dp)	t- teste	Valor p
<b>Gênero</b>						
Masculino (n=36)	41,6 (8,39)	-0,171	0,865	19,0 (2,59)	1,917	0,58
Feminino (n=84)	41,3 (9,07)			20,0 (2,57)		
<b>Formação complementar de nível pós-licenciatura</b>						
Não (n=72)	43,1 (8,23)	2,641	<b>0,009</b>	19,4 (2,7)	-1,849	0,67
Sim (n= 48)	38,9 (9,18)			20,3 (2,3)		
<b>Local de trabalho</b>						
Público (n=21)	42,6 (6,73)	0,589	0,557	20,1 (2,17)	0,174	0,265
Privado e convencionado (n=69)	41,4 (8,66)			19,4 (2,89)		
<b>Anos de experiência profissional</b>						
<10 anos(n=93)	40,9 (8,60)	-0,970	0,334	19,6 (2,70)	-1,231	0,221
≥10 anos (n=27)	42,9 (9,62)			20,3 (2,21)		
<b>Experiência com casos de dor lombar</b>						
Não (n=17)	44,9 (6,95)	1,770	0,079	17,76 (3,07)	-3,486	<b>0,001</b>
Sim (n= 103)	40,8 (9,01)			20,04 (2,39)		
<b>Experiência pessoal de dor lombar</b>						
Não (n=29)	40,2 (7,87)	-0,590	0,542	18,9 (2,21)	0,233	0,174
Sim (n= 91)	41,6 (9,01)			19,9 (2,66)		
<b>Experiência familiar de dor lombar</b>						
Não (n=18)	40,2 (7,88)	-0,612	0,542	18,9 (2,21)	-1,368	0,174
Sim (n= 102)	41,6 (9,01)			19,9 (2,66)		

Legenda: dp – desvio padrão.

Relativamente às características dos estudantes finalistas em relação à pontuação atribuída nas duas componentes da PABS-PT, podemos verificar que os homens têm tendência a pontuar mais alto do que as mulheres na componente biopsicossocial, porém, a diferença obtida não é estatisticamente significativa ( $p = 0,398$ ). Quanto aos resultados da variável “experiência pessoal de dor lombar”, estes estudantes revelaram que os que não tiveram essa experiência têm tendência a pontuar mais alto na componente biomédica, no entanto a diferença registrada não foi estatisticamente significativa. Por fim, em relação à experiência familiar de dor lombar verificou-se que

os estudantes que tiverem essa experiência têm tendência a pontuar mais alto na componente biopsicossocial, e com as diferenças a revelarem-se estatisticamente significativas. Importa no entanto salientar que neste caso, o grupo que referiu não possuir experiência familiar de dor lombar apenas era composto por 4 estudantes finalistas.

**Tabela 18 - Características dos estudantes finalistas e relação com a pontuação na componente 1 e 2**

	Componente 1 (Biomédico)			Componente 2 (Biopsicossocial)		
<b>Min-Máx teórico</b>	0-72			0-24		
<b>Média (dp)</b>	39,0 (±9,61)			18,6 (±3,11)		
<b>Amplitude</b>	18-59			10-24		
	Média (dp)	t- teste	Valor <i>p</i>	Média (dp)	t- teste	Valor <i>p</i>
<b>Género</b>						
Masculino (n=20)	39,3 (10,56)	-0,186	0,853	19,1 (3,13)	-0,849	0,398
Feminino (n=62)	38,8 (9,37)			18,4 (3,11)		
<b>Experiência pessoal de dor lombar</b>						
Não (n=18)	42,8 (8,44)	1,954	0,052	18,9 (2,65)	0,552	0,583
Sim (n= 64)	37,9 (9,70)			18,5 (3,24)		
<b>Experiência familiar de dor lombar</b>						
Não (n=4)	38,3 (12,82)	-0,149	0,882	15,5 (4,65)	-2,075	<b>0,041</b>
Sim (n=78)	39,0 (9,53)			18,7 (2,97)		

**Legenda:** dp – desvio padrão.

Por último, comparando a pontuação da PABS-PT atribuída pelos fisioterapeutas e pelos estudantes finalistas constatou-se que os fisioterapeutas têm tendência a pontuar mais alto nas duas componentes (biomédica e biopsicossocial), enquanto os estudantes têm tendência a atribuir pontuações mais baixas. No entanto, essa diferença apenas foi estatisticamente significativa na componente biopsicossocial ( $p = 0,005$ ).

**Tabela 19 – Comparação da pontuação na Componente 1 e 2 atribuída pelos Fisioterapeutas e Estudantes Finalistas**

	Componente 1 (Biomédico)			Componente 2 (Biopsicossocial)		
	Média (dp)	t- teste	Valor <i>p</i>	Média (dp)	t- teste	Valor <i>p</i>
Fisioterapeutas (n=120)	41,4 (8,84)	1,866	0,063	19,7 (2,61)	2,798	<b>0,006</b>
Estudantes Finalistas (n=82)	39,0 (9,61)			18,6 (3,11)		

**Legenda:** dp – desvio padrão.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um dos objetivos deste estudo consistiu na tradução e adaptação cultural do instrumento de medida PABS-PT (Estudo 1). Antes de dar início ao processo de tradução, foi necessário obter a autorização do autor principal da PABS-PT original para proceder à sua adaptação para a língua portuguesa. De seguida, foi efetuada a tradução do instrumento para a língua portuguesa, a retroversão para a língua original e as respetivas versões de consenso. Durante estas etapas apenas surgiram pequenas divergências que foram facilmente resolvidas, durante a realização das versões de consenso, pelos três membros do painel de peritos, em que se optou pela afirmação que fosse mais fácil de compreender e mais próxima da versão original. Seguidamente, as respetivas versões de consenso foram analisadas por um Comité de Peritos, composto por dois profissionais de áreas diferentes. Em geral, averiguou-se que a equivalência conceptual, linguística (semântica), idiomática e experiencial entre a versão original e as versões síntese obtidas foi alcançada, e apenas foram consideradas pequenas alterações, sugeridas pelos mesmos, a algumas questões em particular. Após a análise deste Comité e obtido o parecer do autor do instrumento em relação à versão de consenso da retroversão da PABS-PT, que confirmou que a equivalência conceptual e semântica foi mantida durante este processo, deu-se então início ao estudo piloto. O estudo piloto consistiu num pré-teste do instrumento que foi realizado com uma amostra de 25 fisioterapeutas, que permitiu avaliar a validade do conteúdo do questionário, e cujo objetivo principal consistiu em testar a versão portuguesa em termos de compreensão e clareza das instruções e dos itens do instrumento, e verificar se existiram erros na tradução. Nesse seguimento, realizaram-se entrevistas (*cognitive debriefing*) a 5 fisioterapeutas, para averiguar e esclarecer algumas dúvidas de compreensão que surgiram durante o preenchimento do instrumento. Por fim, procedeu-se à auditoria, que foi realizada por uma perita nos aspetos metodológicos inerentes à adaptação cultural e linguística dos instrumentos. A análise da perita revelou que foi garantida a equivalência do conteúdo entre a fonte original e a versão portuguesa da PABS, uma vez que o processo cumpriu os requisitos necessários à minimização do risco de viés ao longo de todas as fases.

De acordo com os resultados obtidos no Estudo 1, durante a realização da versão final portuguesa da PABS-PT foram considerados os vários contributos resultantes dos vários processos descritos anteriormente. As pequenas correções realizadas consistiram

principalmente na alteração da ordem de construção das afirmações e na substituição de algumas expressões, que mantiveram o mesmo significado mas ficaram mais adequadas ao contexto dos fisioterapeutas portugueses. Um dos aspetos importantes a referir nesta análise é que a expressão "dor lombar" foi substituída por "dor nas costas" para tornar a futura utilização deste questionário mais abrangente, uma vez que ele já foi utilizado pelos autores de outros estudos sobre a dor lombar e cervical (como por exemplo no estudo de Vonk *et al.*, 2008). De um modo geral, o questionário foi considerado claro, sugestivo e de fácil compreensão, tendo sido apenas apontadas dúvidas em algumas questões que foram facilmente esclarecidas durante o processo *cognitive debriefing*.

No momento em que a nossa investigação foi realizada apenas foi encontrado um outro estudo que realizou este processo de adaptação cultural (Laekeman, 2008), no entanto, a informação disponibilizada pelos seus autores não é muito detalhada e apenas é referido um pequeno resumo relativamente ao pré-teste realizado.

Posteriormente, na primeira fase do Estudo 2 foram analisadas as propriedades psicométricas da versão portuguesa obtida da PABS-PT, em que os participantes envolvidos foram fisioterapeutas e estudantes finalistas do curso de Licenciatura em Fisioterapia.

Relativamente à amostra considerada neste estudo (n= 202), verificou-se que a maioria dos participantes era do género feminino, ao contrário de outros estudos em que a maioria era do género masculino (Ostelo, 2003; Houben, 2005a; Watson, 2008). Quanto à idade a maioria tem menos de 42 anos, tal como no estudo de Laekeman *et al.* (2008). Porém, no estudo de Ostelo *et al.* (2003) e no de Houben *et al.* (2005a) a idade média foi de 41 anos ( $\pm 7$  e  $\pm 8$ , respetivamente).

Quanto à situação profissional dos fisioterapeutas em estudo (n= 120), 70% tem emprego a tempo inteiro e 52,5% trabalham no sector privado. Nos outros estudos (Ostelo, 2003; Houben, 2005a; Laekeman, 2008), também se verificou que a maioria dos fisioterapeutas trabalhava no sector privado. Quanto aos anos de experiência profissional, 46,7% dos participantes desta subamostra assinalou 2 a 6 anos de experiência profissional, e apenas 22,5% tinham mais de 10 anos. Estes valores são inferiores aos reportados noutros estudos, nomeadamente: Ostelo *et al.*, (2003), em que a média dos anos de experiência foi de 17 anos ( $\pm 7$ ); Houben *et al.*, (2005a), com uma

média foi de 12,1 anos ( $\pm 7,9$ ); Watson *et al.* (2008), com uma média de anos de 17,8 anos de experiência profissional ( $\pm 9,2$ ).

No que respeita aos anos de experiência profissional com casos de dor lombar, a maioria dos participantes desta subamostra, referiram em média 6 anos ( $\pm 7$ ), em que o número máximo foi de 33 anos e o mínimo foi de 1 ano. O valor médio encontrado é inferior ao reportado no estudo de Houben, *et al.* (2005a) e de Laekeman, *et al.* (2008) (média de 11,7 anos,  $\pm 7,9$ ; e de 10 anos, valor de desvio padrão não apresentado, respetivamente).

Quanto às questões relacionadas com a experiência pessoal e familiar de dor lombar/costas a maioria dos fisioterapeutas ( $n= 120$ ) e estudantes finalistas ( $n= 82$ ) respondeu que têm experiência pessoal de dor nas costas e têm familiares que também já a têm/tiveram. Esta informação poderá ser relevante uma vez que, como já foi referido anteriormente (Laekeman, 2008), a experiência pessoal e familiar poderá influenciar as crenças e atitudes dos fisioterapeutas na forma como interpretam, analisam e abordam este tipo de casos. Por sua vez, este aspeto também poderá influenciar as respostas dadas na escala em estudo. Este aspeto torna-se relevante, uma vez que as nossas crenças são baseadas na informação que conhecemos acerca da forma como devemos compreender e encarar determinada situação, o que conseqüentemente condiciona as nossas atitudes (Mutsaers, 2012). Assim, se a experiência pessoal e familiar de dor nas costas de um fisioterapeuta estiver associada a uma experiência negativa, essa será a informação que moldará as suas crenças acerca desse tipo de dor. Por sua vez, as suas atitudes perante uma situação de dor nas costas, irão ter em conta essa experiência anteriormente sentida, entre outros fatores (internos e externos, referidos anteriormente no capítulo da Revisão da Literatura), o que irá condicionar o seu raciocínio clínico, moldar o seu comportamento e influenciar as estratégias de intervenção adotadas (A. Bishop, 2008; Daykin, 2004; Foster, 2011; Laekeman, 2008).

Assim, considerando estes dados sociodemográficos e profissionais podemos constatar que, de um modo geral, estamos perante fisioterapeutas (principalmente do género feminino) mais jovens e com menos anos de experiência profissional, comparativamente aos que participaram noutros estudos considerados. Estes aspectos surgem como factores relevantes quando formos a analisar os resultados obtidos na PABS-PT, mais propriamente na componente biopsicossocial. Isto porque, estes jovens

profissionais, com poucos anos de experiência, podem ainda não estar sensibilizados para a complexidade do raciocínio clínico que este tipo de casos poderá requerer. Como referido na literatura (Latimer, 2004), não devemos esquecer a influência que a sua formação base poderá ter nas suas crenças em relação aos casos de dor lombar que, em alguns casos, possivelmente ainda poderá estar centrada numa vertente mais biomédica, e assim, o raciocínio clínico destes jovens fisioterapeutas acaba por ser condicionado por essa formação, não estando os mesmos focados para a importância que os fatores biopsicossociais têm nestes casos, aspeto que tem vindo a ser cada vez mais destacado nas normas de orientação clínica para a dor lombar (Airaksinen, 2006).

Relativamente ao Estudo 2 a primeira etapa consistiu na AFE com utilização do método de rotação de fatores, em que se pretendeu analisar estruturalmente a versão obtida do instrumento, de modo a reunir os itens que partilhassem fatores comuns latentes, constituindo assim componentes/subescalas da PABS-PT. A estrutura inicialmente obtida era bastante complexa e apontava para um modelo de 3 componentes que, após a análise de vários critérios e da aplicação do método de rotação de fatores, acabou por não se confirmar, tendo sido identificadas 2 componentes. Porém, o número de itens presentes em cada componente difere da versão original, principalmente na componente 2.

Na componente 1 (biomédica) foram identificados 12 itens, que remetem à convicção da existência de uma relação entre dor e lesão tecidual, característica de uma abordagem biomédica no tratamento dos casos de dor lombar. Esta componente foi igualmente identificada por outros autores, nomeadamente no estudo do autor da versão original da PABS-PT, Houben *et al* (2005a), cujo item com maior peso fatorial na componente biomédica (total de 10 itens) também foi o N° 31, “A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor”. No estudo de Ostelo *et al.* (2003), referente à versão inicial de 31 itens da PABS-PT, a componente 1 (14 itens) foi identificada como orientação biomédica, em que o item que obteve maior peso fatorial foi o N° 25 “O agravamento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente”. No estudo de Laekeman *et al.* (2008), que desenvolveu a versão alemã da escala com base na versão original de 36 itens, os resultados encontrados também vão ao encontro dos descritos no estudo de Houben *et al* (2005a), com a diferença de esta componente apenas ser constituída por 10 itens.

Na componente 2 (biopsicossocial) apenas foram identificados 4 itens, em que a maioria remete para questões relacionadas com o tratamento destes casos e estratégias/comportamentos que podem promover a sua recuperação funcional apesar da dor, características que estão associadas a uma abordagem biopsicossocial. No estudo do autor da versão original (Houben, 2005a), esta componente foi identificada como orientação biopsicossocial, no entanto, com um maior número de itens (9) e mais relacionada com a crença de que é possível ultrapassar a incapacidade funcional apesar da dor, em que o item N° 33, “Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor nas costas”, que obteve maior peso fatorial. No estudo de Ostelo *et al.* (2003) e de Laekeman *et al.* (2008), a componente 2 (constituída por 6 e 4 itens, respetivamente) também foi identificada como referência a uma orientação biopsicossocial, que no último caso reflete a convicção de que a atividade física é vantajosa. Tendo em consideração estes aspetos pode verificar-se que todos os autores demonstraram a presença de uma estrutura fatorial constituída por 2 fatores/componentes, em que todos concordam com a sua classificação, ou seja, a componente 1 é referente a uma abordagem biomédica e a 2 a uma abordagem biopsicossocial. No caso da componente biopsicossocial cada autor identificou diferentes itens para nomearem as suas principais características.

De seguida, procedeu-se ao teste de hipóteses para análise da validade convergente, em que se verificou uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa apenas entre a componente biomédica da PABS-PT e a HC-PAIRS (hipótese 1), sugerindo que esta componente partilha, pelo menos parte do mesmo constructo que a HC-PAIRS. No caso da validade discriminativa, o valor de correlação obtido entre a componente biopsicossocial e a pontuação total da HC-PAIRS foi muito baixo, negativo, e sem significado estatístico, o que à partida indica que estamos perante constructos diferentes. No caso dos estudos já realizados (Houben, 2005a, 2005b) em que também foi analisada a validade de constructo entre a PABS-PT e a HC-PAIRS, verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa (moderada e baixa, respetivamente) entre a componente biomédica da PABS-PT e da HC-PAIRS, tal como referido na hipótese 1 estabelecida no nosso estudo. Relativamente à componente biopsicossocial apenas o estudo de Houben *et al.* (2005a) revelou uma correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa, como era previsto. Devido à existência de poucos estudos que analisem a validade de constructo entre estes dois

instrumentos, seria importante realizar novas investigações que averiguassem a validade de constructo entre a versão portuguesa da PABS-PT e outros instrumentos de medida já utilizados em estudos anteriores (como por exemplo: a *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK).

No que se refere à análise da fiabilidade da versão portuguesa da PABS-PT pode constatar-se que os resultados obtidos através da análise da consistência interna foram ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos (Houben, 2005a; Laekeman, 2008; Ostelo, 2003; Watson, 2008). A componente biomédica da PABS-PT (12 itens) no presente estudo revelou uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,826$ ), tal como foi encontrado para a mesma componente no estudo da primeira versão da escala, constituída por 31 itens, de Ostelo *et al.* (2003), cujo valor de  $\alpha$  de *Cronbach* foi de 0,84, e no estudo da versão de 36 itens, de Houben *et al.* (2005a), em que o valor foi de 0,80. Na obtenção da versão alemã da PABS-PT, realizada por Laekeman *et al.* (2008), também verificaram uma razoável consistência interna na subescala biomédica ( $\alpha = 0,77$ ). No estudo de Watson *et al.* (2008), o valor da  $\alpha$  de *Cronbach* também revelou uma consistência interna razoável para a mesma componente ( $\alpha = 0,790$ ). Estes valores revelaram que a componente biomédica teve, de um modo geral, uma boa consistência interna, apesar da diferença no número de itens presentes nessa componente em cada um dos estudos.

Relativamente à componente biopsicossocial os resultados encontrados foram mais fracos. Neste estudo, o valor  $\alpha$  de *Cronbach* encontrado para esta componente, constituída por apenas 4 itens, revelou uma consistência interna muito fraca ( $\alpha = 0,589$ ). O estudo de Ostelo *et al.* (2003), identificou um valor ainda mais baixo para a mesma componente ( $\alpha = 0,54$ ), ou seja uma consistência interna considerada inadmissível. Porém, o autor referiu que estes valores podem ter sido resultado do facto de a escala estar em fase de desenvolvimento. No estudo desenvolvido a seguir, por Houben *et al.* (2005a), foram adicionados, à versão de 31 itens, 5 novos itens à componente biopsicossocial de forma a tentar aumentar a sua consistência interna, o que resultou num aumento do valor de  $\alpha$  de 0,54 para 0,68, o que revelou uma melhor consistência interna mas ainda assim fraca. No estudo de Laekeman *et al.* (2008), que utilizou a versão alemã da escala de 36 itens, o valor de  $\alpha$  também foi muito fraco ( $\alpha = 0,58$ ). Segundo o autor, o baixo valor obtido na consistência interna poderá ter sido devido ao pequeno número de itens (4) extraídos nesta componente através da AFE, o que também

aconteceu no presente estudo. Por fim, no estudo de Watson *et al.* (2008), a componente biopsicossocial (5 itens) revelou uma fraca consistência interna ( $\alpha = 0,602$ ). Concluindo, apesar de já existirem alguns estudos que avaliam as propriedades psicométricas, pode constatar-se que a componente biopsicossocial continua a apresentar uma consistência interna muito fraca e instável, o que sugere que a mesma precisa de algumas melhorias, nomeadamente alteração/correção de alguns dos itens presentes na mesma, de forma a torna-los talvez mais claros e fáceis de interpretar. Uma das possíveis razões para esta situação poderá estar relacionada com o facto de estarmos a lidar com duas abordagens de intervenção que não são opostas entre si, em que a componente biopsicossocial se tem revelado mais complexa do que a biomédica (Mutsaers, 2012).

Por fim, os resultados obtidos entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e a pontuação atribuída à versão portuguesa da PABS-PT revelaram algumas relações estatisticamente significativas.

No caso dos fisioterapeutas verificou-se que os que não têm formação complementar de nível pós-licenciatura pontuaram mais alto na componente biomédica do que os que têm, com uma diferença estatística significativa ( $p = 0,009$ ). Por sua vez, os fisioterapeutas que têm formação complementar têm tendência a pontuar mais alto na componente biopsicossocial, apesar de a diferença encontrada não ser estatisticamente significativa. Quanto à experiência dos fisioterapeutas em casos de dor lombar verificou-se uma relação entre os que têm experiência e a pontuação mais elevada na componente biopsicossocial, com uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ). Por outro lado, os fisioterapeutas que não têm experiência nestes casos têm tendência a pontuar mais na componente biomédica, apesar de a diferença encontrada não ser estatisticamente significativa. Comparativamente ao estudo de Ostelo *et al.* (2003), pode constatar-se que não foram encontradas diferenças nas pontuações atribuídas às duas componentes relativamente à experiência dos fisioterapeutas em casos de dor lombar. No caso da pontuação obtida pelas mulheres, no nosso estudo encontrou-se uma tendência de estas pontuarem mais alto na componente biopsicossocial (diferença estatisticamente não significativa), tendência que também se verificou no estudo anterior, com um resultado estatisticamente significativo.

Relativamente ao local de trabalho, no estudo de Ostelo *et al.* (2003), os fisioterapeutas que trabalham em clínica privada obtiveram pontuações mais elevadas na componente biomédica, enquanto os que trabalham em centros de reabilitação pontuaram mais alto na componente biopsicossocial, no entanto as diferenças não foram estatisticamente significativas. No nosso estudo também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente a esta característica.

No caso dos estudantes finalistas, verificou-se uma tendência de a pontuação mais alta ser atribuída à componente biomédica nos estudantes do género masculino e que referiram não ter tido experiência pessoal de dor lombar. A única variável que registou uma diferença estatisticamente significativa foi a “experiência familiar de dor lombar”, com os estudantes que referiram ter tido essa experiência a pontuar mais alto, e com uma diferença estatisticamente significativa na componente biopsicossocial. No entanto, a diferença do “n” amostral entre grupos indica que estes resultados devem ser interpretados com extrema precaução.

Concluindo, tendo em conta que apenas se registaram algumas relações, estatisticamente significativas, entre as características dos fisioterapeutas e os resultados obtidos na pontuação da PABS-PT, mais concretamente nos fisioterapeutas que não têm formação complementar de nível pós-licenciatura e nos que tiveram experiência com casos de dor lombar, estes resultados devem ser analisados e considerados com precaução, uma vez que, estes demonstraram que os fisioterapeutas portugueses parecem não ter bem definido qual a sua abordagem preferencial no tratamento dos casos de dor lombar crónica o que nos sugere que mais formação no âmbito de uma abordagem biopsicossocial poderia alcançar resultados positivos.

- **Limitações do Estudo**

Podem ser nomeadas algumas limitações que podem ter influenciado os resultados deste estudo. Primeiro, relativamente à amostra deve-se ter em conta que esta foi seleccionada por conveniência em locais escolhidos previamente, apesar de se ter tentado considerar várias localidades do país. Outro aspeto a considerar são as características da nossa amostra, que é constituída não só por fisioterapeutas mas também por estudantes finalistas do curso de Licenciatura de Fisioterapia, o que poderá

ter levado a respostas díspares entre estes dois grupos. Para além disso, as características sociodemográficas e profissionais da amostra diferem, de um modo geral, quando comparadas com os outros estudos analisados. Relativamente aos resultados do estudo é de constatar que o facto de, através da análise fatorial exploratória, o número de itens que ficaram na componente biopsicossocial da versão portuguesa da PABS-PT ser inferior e diferente nos outros estudos realizados, poderá ter condicionado os resultados dos restantes parâmetros da avaliação psicométrica. Por outro lado, as respostas dadas à PABS-PT, por alguns elementos da amostra, também poderão ter sido respostas desejadas, ou seja, respostas que as participantes sabem ser as mais corretas apesar de essas não corresponderem à sua verdadeira opinião.

- **Relevância e recomendações para futuros estudos**

No seguimento da realização deste estudo, não se pretende apenas adaptar culturalmente e contribuir para a validação de um instrumento de medida que não estava disponível na língua portuguesa, mas também disponibilizar uma nova “ferramenta” que poderá ser importante na análise das características dos fisioterapeutas, na compreensão das suas lacunas de formação e qual será o tipo de conhecimento necessário para melhorar as suas aptidões perante os casos de dor (lombar) crónica. Dessa forma, passar a conhecer a relevância de existirem formações complementares que melhorem as suas competências e ensinem, por exemplo, estratégias cognitivo-comportamentais aos fisioterapeutas que se interessam por este tipo de casos, que são cada vez mais comuns na nossa sociedade. Para além disso, através da utilização da PABS-PT, será possível monitorizar os resultados dessas estratégias de intervenção. Por outro lado, também seria interessante estudar a relação que poderá existir entre o tipo de abordagem preferencial dos fisioterapeutas e o aconselhamento que estes dão aos utentes com dor lombar crónica, e até investigar se isso influenciaria as crenças e atitudes dos seus utentes.

No entanto, é de salientar que seria uma mais valia realizar mais estudos que avaliassem as restantes propriedades psicométricas (como por exemplo: a fiabilidade teste-reteste), utilizando até uma amostra maior, de forma a melhorar a versão portuguesa da PABS-PT, e a torna-la um instrumento de medida válido e fiável. Para tal, é fundamental rever a componente biopsicossocial deste instrumento,

nomeadamente, através da alteração de alguns dos itens que a compõem de forma a poder melhorar a sua consistência interna.

## 5. CONCLUSÃO

A PABS-PT é uma escala que foi criada com o objetivo de identificar as crenças e atitudes que estão na base da abordagem de intervenção dos fisioterapeutas perante os casos mais comuns de dor lombar crônica. A versão original deste instrumento é constituída por 36 itens que permitem determinar qual a abordagem preferencial dos fisioterapeutas nestes casos, biomédica ou biopsicossocial. De acordo com a evidência científica atual referida ao longo do estudo, esta informação poderá ser relevante uma vez que a resolução dos casos de dor (lombar) crônica tem vindo a ser vista como um problema de resolução difícil e complexa (Darlow, 2011; Verbeek, 2004). Assim, os fisioterapeutas detêm um papel fundamental na resolução deste tipo de casos. Porém, a efetividade dos tratamentos nos casos de dor lombar crônica está muitas vezes relacionada com as crenças e atitudes dos fisioterapeutas perante este tipo de casos. Uma possível razão para este acontecimento poderá estar relacionada com a abordagem necessária nestes casos, em que é exigido um conhecimento aprofundado dos aspetos que estão associados a esta condição, nomeadamente a influência dos fatores psicossociais, tal como tem vindo a ser relatado na evidência científica atual e nas normas de orientação clínica disponíveis (Darlow, 2011; Foster, 2011; Laekeman, 2008; Ostelo, 2003). Como tal, é necessário os fisioterapeutas estarem conscientes da importância que os aspetos biopsicossociais associados a estes casos têm na sua recuperação, sendo para isso necessário uma abordagem de intervenção mais biopsicossocial e menos biomédica. No entanto, as crenças e atitudes destes fisioterapeutas em relação à dor lombar desempenham um papel preponderante na interpretação, compreensão e resolução destes casos (Houben, 2005a; Mutsaers, 2012; Ostelo, 2003; Vonk, 2008). Concluindo, é cada vez mais importante investir na formação complementar e especializada destes fisioterapeutas de forma a possibilitar o aperfeiçoamento do seu raciocínio clínico e por sua vez das suas competências durante a intervenção deste tipo de casos, sendo a utilização da PABS-PT, uma das formas de avaliar essa necessidade.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo o processo de adaptação cultural da PABS-PT para a língua portuguesa foi alcançado com sucesso e sem dificuldades relevantes, permitindo avaliar de forma simples as crenças e atitudes dos fisioterapeutas portugueses relativas à intervenção na dor crônica músculo-esquelética. No processo de validação da versão portuguesa da PABS-PT constatou-se que os

resultados obtidos em relação à componente biopsicossocial continuam pouco significativos e pouco coerentes, o que nos permite utilizar este instrumento de forma válida, mas não de forma fiável como seria espectável. Como tal, é fundamental ultrapassar as limitações encontradas e proceder a mais estudos que permitam melhorar os resultados obtidos e permitam validar este instrumento, cujo potencial ainda está pouco explorado. Por fim, confirmou-se o pressuposto de que a orientação preferencial (baseada em crenças e atitudes) dos fisioterapeutas, e estudantes finalistas, perante os casos de dor lombar pode ser influenciada por diversos fatores sociodemográficos e profissionais, nomeadamente a experiência com casos de dor lombar, a formação complementar de nível pós-licenciatura e a experiência pessoal de dor lombar.

Considerando os vários estudos que têm vindo a ser desenvolvidos acerca deste tema podemos constatar que a hipótese de os fisioterapeutas virem a adotar cada vez mais uma abordagem biopsicossocial, baseada em aspetos tão complexos como a dor crónica e os fatores biopsicossociais dos seus utentes, poderá ser encarada como um desafio não só para estes profissionais mas também para os seus utentes, uma vez que a dor que se mantém no tempo devido essencialmente a fatores psicossociais é muitas vezes interpretada como não sendo real mas sim uma ‘falha’ do utente (Toye & Barker, 2010 cit. por Darlow, 2011). No entanto, a resolução deste desafio por parte do fisioterapeuta é possível, tendo em conta os resultados positivos que têm vindo a ser descritos em vários estudos e revisões sistemáticas desenvolvidas acerca do tema em que referem a relevância de desenvolver intervenções cognitivo-comportamentais para os profissionais de saúde (Darlow, 2011). Esta abordagem biopsicossocial seria uma possibilidade a considerar com a finalidade de obter resultados mais efetivos, principalmente pelo aumento da sua capacidade funcional destes utentes.

Por fim, esperamos que este estudo tenha contribuído para revelar a importância de analisarmos as atitudes e crenças dos próprios profissionais e não só dos seus utentes, que muitas vezes podem ser, em parte, um reflexo das suas crenças. Logo, possibilitar uma reflexão mais aprofundada acerca da prática clínica atual dos fisioterapeutas portugueses, perante este tipo de casos, demonstrando a importância de melhorar as competências destes profissionais através da realização de formações complementares.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Airaksinen, O. (2006). European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*, 15.
- Beaton, D., et al. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, 25, 3186 - 3191.
- Beaton, D., et al. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures.
- Bishop, A. (2008). The role of attitudes and beliefs of health care practitioners in the management of low back pain. Keele University.
- Bishop, A., et al., (2007). Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*, 132, 91 - 101.
- Bowey-Morris, J., et al. (2010). Test-Retest Reliability of the Pain Attitudes and Beliefs Scale and Sensitivity to Change in a General Practitioner Population. *Clin J Pain*, 26.
- Bowling, A. (2009). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*.
- Darlow, B., et al. (2011). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*.
- Daykin, A., et al. (2004). Physiotherapist's Pain Beliefs and their influence on the management of patients with Chronic Low Back Pain. *Spine*, 29, 783 - 795.
- Domenech, J., et al. (2011). Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: A randomised clinical trial. *PAIN*, 2557-2563.
- DuBois, M., Donceel, P. (2008). A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. *European Journal of Pain*, 17, 380 - 385.
- Elias, A., Cruz, E. (2006). Contribuição para a Validação da Escala: Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Foster, N., Delitto, A. (2011). Embedding Psychosocial Perspectives Within Clinical Management of Low Back Pain: Integration of Psychosocially Informed Management Principles Into Physical Therapist Practice - Challenges and Opportunities. *Physical Therapy*, 91, 790-803.

- Gjersing, L., *et al.* (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*.
- Guillemin, F., *et al.* (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46, 1417 - 1432.
- Houben, R., *et al.* (2005a). Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *European Journal of Pain*, 9, 173 - 183.
- Houben, R., *et al.* (2005b). Do health care providers' attitudes towards back pain predict their treatment recommendations? Differential predictive validity of implicit and explicit attitude measures. *Pain*, 491 - 498.
- Laekeman, M., *et al.* (2008). The Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists: psychometric properties of the German version. *Clinical Rehabilitation*, 22, 564 - 575.
- Latimer, J., *et al.* (2004). The Attitudes and Beliefs of Physiotherapy Students to Chronic Back Pain. *Clin J Pain*, 20, 45-50.
- Liddle, S., *et al.* (2007). Chronic low back pain: Patients' experiences, opinions and expectations for clinical management. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1899 - 1909.
- Maetzel, A., Li, L. (2002). The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16, 23 - 30.
- MAPI Institute. Linguist Validation. Retirado em Fevereiro de 2013, de: <http://www.mapigroup.com/Services/Linguistic-Validation>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS. 5ª edição.*
- Mokkink, L., *et al.* (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 737 - 745.
- Mutsaers, J., *et al.* (2012). Psychometric properties of the Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists: A systematic review. *Manual Therapy*, 17, 213 - 218.
- Norman, G., Streiner, D. (2008). *Health measurement scales - A practical guide to their development and use*: Oxford University Press.
- Ostelo, R., *et al.* (2003). Health care providers's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Manual Therapy*, 8 (4), 214 - 222.

- Overmeer, T., *et al.* (2011). Does Teaching Physical Therapists to Deliver a Biopsychosocial Treatment Program Result in Better Patient Outcomes? A Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*, 91, 804-819.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS. 5ª edição.*
- Portney, L., Watkins, M. (2009). Applications to Practice *Foundations of Clinical Research* (3 ed., pp. 585 - 617).
- Strong, J., Unruh, A., Baxter, M., Wright, A. (2002). *Pain - A textbook for therapists.* London: Churchill Livingstone.
- Turk, D., Melzack, R. (2011). *Handbook of Pain Assessment* (3rd ed.): The Guilford Press.
- Turner, J., *et al.* (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Verbeek, J., *et al.* (2004). Patients Expectations of Treatment for Back Pain. *SPINE*, 29, 2309 - 2318.
- Vonk, F., *et al.* (2008). Physiotherapists' treatment approach towards neck pain and the influence of a behavioural graded activity training: An exploratory study. *Manual Therapy*, 1 - 7.
- Waddell, G. (2004). *The Back Pain Revolution* (2 ed.). United Kingdom: Churchill.
- Watson, P., *et al.* (2008). General practitioner sickness absence certification for low back pain is not directly associated with beliefs about back pain. *European Journal of Pain*, 12, 314-320.
- Wild, D., *et al.* (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8, 94 - 104.
- Woby, S., *et al.* (2004). Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain and disability. *European Journal of Pain*, 8, 201 - 210.
- Woby, S., *et al.* (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, 711 - 718.

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Constituição da amostra para avaliação das diferentes características psicométricas da versão portuguesa da PABS.	55
<b>Figura 2</b> – <i>Scree Plot</i> obtido na análise factorial	61

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características Sociodemográficas e profissionais dos participantes do Estudo Piloto	48
<b>Tabela 2</b> – Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Fisioterapeutas	57
<b>Tabela 3</b> – Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Estudantes do 4ºano licenciatura	58
<b>Tabela 4</b> – Teste de Esfericidade de Bartlett e Medida de Adequação da Amostragem Kaiser-Meyer-Olkin	59
<b>Tabela 5</b> – Variância total explicada	60
<b>Tabela 6</b> – Matriz das 11 componentes	62
<b>Tabela 7</b> – Matriz de rotação de 3 componentes	65
<b>Tabela 8</b> – Matriz final com 2 componentes	66
<b>Tabela 9</b> – Itens da componente 1 no modelo final com 2 componentes da versão portuguesa da PABS-PT	67
<b>Tabela 10</b> – Itens da componente 2 no modelo final com 2 componentes da versão portuguesa da PABS-PT	68
<b>Tabela 11</b> – Valores da consistência interna das pontuações obtidas em cada componente	68
<b>Tabela 12</b> – Correlação item a item da componente biomédica	69
<b>Tabela 13</b> – Correlação dos itens com o total de cada componente e valor do $\alpha$ Cronbach se cada item fosse retirado da versão portuguesa da PABS-PT	70
<b>Tabela 14</b> - Correlação item a item da componente biopsicossocial	70
<b>Tabela 15</b> – Teste de Normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	71
<b>Tabela 16</b> – Valores do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre as componentes da PABS-PT e a HC-PAIRS	72
<b>Tabela 17</b> - Características dos fisioterapeutas e sua relação com a pontuação nas componentes 1 e 2	74
<b>Tabela 18</b> - Características dos estudantes finalistas e sua relação com a pontuação nas componentes 1 e 2	75
<b>Tabela 19</b> – Comparação na pontuação na Componente 1 e 2 atribuída pelos Fisioterapeutas e Estudantes Finalistas	75

## APÊNDICES

**Apêndice 1:** *Mail* com pedido de autorização ao autor para realizar a tradução e adaptação cultural da escala.

**Apêndice 2:** Pedido de Colaboração aos Tradutores.

**Apêndice 3:** Tradução da PABS-PT da 1ª Tradutora.

**Apêndice 4:** Tradução da PABS-PT da 2ª Tradutora.

**Apêndice 5:** Versão de Consenso da Tradução.

**Apêndice 6:** Pedido de Colaboração aos tradutores para Retroversão.

**Apêndice 7:** Retroversão da PABS-PT da 1ª Tradutora.

**Apêndice 8:** Retroversão da PABS-PT da 2ª Tradutora.

**Apêndice 9:** Versão de Consenso da Retroversão.

**Apêndice 10:** Respostas dos Peritos ao “Dossier de Comité Peritos.

**Apêndice 11:** Pedido de parecer ao autor da escala original.

**Apêndice 12:** Versão Portuguesa da PABS-PT.

**Apêndice 13:** Carta com Pedido de Autorização às Instituições.

**Apêndice 14:** Caracterização sócio-Profissional- Estudantes.

**Apêndice 15:** Caracterização sócio-Profissional – Fisioterapeutas.

**Apêndice 16:** Dossier Estudo 2 (versão papel).

## APÊNDICE I

### ***Mail com pedido de autorização ao autor para realizar a tradução e adaptação cultural da escala***

Dear Sir Raymond Ostelo,

I' am a Portuguese student of the Master's Degree of Physiotherapy in Musculoskeletal Disorders provided by the Department of Physiotherapy of the Health College of Setúbal (*Escola Superior de Saúde of Instituto Politécnico de Setúbal*), and now I'm starting with my research project.

I would like to request your permission to culturally adapt the "Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT)" to the Portuguese language ( Portugal ). The aim of my research project is to make the cultural adaptation, test the reliability and construct validity of PABS-PT in a sample of Portuguese physiotherapists.

Could you be so kind and give me your permission.

I look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Ana Rosa

## APÊNDICE II

### Pedido de Colaboração aos Tradutores



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA  
**CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA  
PHYSIOTHERAPIST ATTITUDE AND BELIEFS SCALE (PABS-PT)**

Ana Sofia Rosa; Eduardo Cruz; Carla Pereira (2012)

Setúbal, 22 de Novembro de 2012

Exmo (a). Sr (a).

O meu nome é Ana Sofia Rosa, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia Ramo Condições Músculo-Esqueléticas leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e pela Escola Nacional de Saúde Pública. De momento estou a desenvolver o meu Trabalho de Projecto, com o tema: Contributo para a Adaptação Cultural do *Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale* (PABS), cujos principais objectivos são: adaptar culturalmente o instrumento e avaliar a sua fiabilidade, e validade de constructo. O presente estudo tem como orientador o Professor Eduardo Cruz e Co- Orientadora a Professora Carla Mendes Pereira.

Para que um instrumento possa ser utilizado numa língua e cultura diferentes daquelas em foi originalmente desenvolvido, é necessário seguir um conjunto de procedimentos rigorosos, sendo um deles, a tradução da versão original do instrumento, que é o inglês, para a língua portuguesa. Nesse sentido, e considerando que cumpre os critérios definidos na literatura para participar neste tipo de tradução (ser bilingue e não possui conhecimento específico sobre a temática), venho solicitar a sua colaboração no processo de tradução e adaptação cultural do questionário *Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale* (PABS), **através da tradução do seu conteúdo da língua original, o inglês, para a língua portuguesa.**

Junto anexo as instruções e questões a serem traduzidas. A tradução deverá ser acompanhada de um relatório com o registo de comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

Os meus melhores cumprimentos,

**Ana Sofia Rosa**

## APÊNDICE III

### Tradução da PABS-PT da 1ª Tradutora

#### FORMULÁRIO – TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

Tradutor 1  Tradutor 2

Nome do tradutor Carla Mendes Pereira

**Perfil do tradutor** (*Coloque uma cruz para assinalar a opção*):

Conhecimento do conceito  Desconhecimento do conceito

**Profissão/ Área de actividade** Fisioterapeuta/ Docente do Ensino Superior Politécnico

**Justificação para ser considerado  
“Bilingue”**

Realizou o *International English Language Testing System* (IELTS) – *academic test*, em Setembro de 2009, com um resultado final de 6.5 (“reading” – 7 e “writing” – 7).

A frequentar actualmente doutoramento na St Georges:  
University of London, no Reino Unido

# Physiotherapist Attitude and Beliefs scale (PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

## POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

ORIGINAL INSTRUCTIONS	TRADUÇÃO Instruções
<p>The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do <b>not</b> mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis.</p>	<p>O objectivo desta escala é ajudar-nos a analisar como aborda, como fisioterapeuta, as formas mais comuns de dor nas costas. <b>Não</b> nos referimos à dor nas costas resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda-equina, fracturas, infeções, inflamação, tumor ou metástases.</p>
<p>It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for <b>your</b> opinion; the opinions of <b>others</b> are not relevant.</p>	<p>Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca de dor nas costas. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor nas costas. Pretendemos a <b>sua</b> opinião; as opiniões de <b>outros</b> não são relevantes.</p>

SCORING METHOD	Método de pontuação																								
<p>We would like you to indicate the level to which you agree or disagree with each statement by placing a cross in one of the boxes.</p> <p>An example is shown below.</p>	<p>Gostaríamos que indicasse o nível em que concorda ou discorda com cada afirmação colocando uma cruz num dos quadrados.</p> <p>Um exemplo é apresentado em baixo.</p>																								
<p><u>Example:</u> “Exercise is best carried out using exercise equipment”</p> <p>If you totally <u>disagree</u> with this statement, put a cross in the left-hand box:</p>	<p><u>Exemplo:</u> “O exercício é melhor realizado com equipamento de exercício”</p> <p>Se <u>discorda</u> totalmente com esta afirmação, coloque uma cruz no quadrado à esquerda:</p>																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Totally disagree</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Largely disagree</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Disagree to some extent</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Agree to some extent</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Largely agree</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Totally agree</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Discordo totalmente</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Discordo bastante</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Discordo parcialmente</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Concordo parcialmente</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Concordo bastante</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

NOTE	NOTA
<p>To allow proper analysis of the data, it is essential that you give your opinion on <b>all the statements</b>, even if you feel that some “double” statements may have been included.</p>	<p>Para permitir uma análise apropriada dos dados, é essencial que dê a sua opinião em <u>todas as afirmações</u>, mesmo que sinta que podem ter sido incluídas algumas afirmações “duplicadas”.</p>

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL	TRADUÇÃO
1 Back pain sufferers should refrain from all physical activity in order to avoid injury	Os indivíduos que sofrem de dor nas costas devem evitar toda a actividade física de modo a evitar uma lesão
2 Good posture prevents back pain	Boa postura previne a dor nas costas
3 Knowledge of the tissue damage is not necessary for effective therapy	Conhecimento acerca da lesão tecidual não é necessário para uma intervenção efectiva
4 Reduction of daily physical exertion is a significant factor in treating back pain	Redução do esforço físico diário é um factor significativo para tratar a dor nas costas
5 Not enough effort is made to find the underlying organic causes of back pain	Não é feito esforço suficiente para encontrar as causas orgânicas subjacentes à dor nas costas
6 Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage	O stress mental pode causar dor nas costas mesmo na ausência de lesão tecidual
7 The cause of back pain is unknown	A causa de dor nas costas é desconhecida
8 Unilateral physical stress is not a cause of back pain	Stress físico unilateral não é uma causa de dor nas costas
9 Patients who have suffered back pain should avoid activities that stress the back	Os utentes que sofreram de dor nas costas devem evitar actividades que coloquem as costas em stress
10 Pain is a nociceptive stimulus, indicating tissue damage	A dor é um estímulo nociceptivo, indicando lesão tecidual
11 A patient suffering from severe back pain will benefit from physical exercise	Um utente que sofre de dor severa nas costas beneficiará de exercício físico
12 Functional limitations associated with back pain are the result of psychosocial factors	Limitações funcionais associadas a dor nas costas são o resultado de factores psicossociais
13 The best advice for back pain is: "Take care" and "Make no unnecessary movements"	O melhor conselho para dor nas costas é: "Tenha cuidado" e "Não faça movimentos desnecessários"
14 Patients with back pain should preferably practice only pain free movements	Utentes com dor nas costas devem preferencialmente praticar apenas movimentos livres de dor
15 Back pain indicates that there is something dangerously wrong with the back	Dor nas costas indica que algo está gravemente errado com as costas
16 The way patients view their pain influences the progress of the symptoms	O modo como os utentes encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas
17 Therapy may have been successful even if pain remains	A terapia pode ser bem sucedida mesmo que a dor se mantenha
18 Therapy can completely alleviate the functional symptoms caused by back pain	A terapia pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor nas costas
19 If ADL activities cause more back pain, this is not dangerous	Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave
20 Back pain indicates the presence of organic injury	Dor nas costas indica a presença de lesão orgânica

21	Sport should not be recommended for patients with back pain	Desporto não deve ser recomendado a utentes com dor nas costas
22	If back pain increases in severity, I immediately adjust the intensity of my treatment accordingly	Se a dor nas costas aumentar em severidade, ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento, em concordância com a mesma
23	If therapy does not result in a reduction in back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term	Se a terapia não resultar numa redução da dor nas costas, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo
24	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal functioning	Redução da dor é uma pré-condição para o recuperação da função normal
25	Increased pain indicates new tissue damage or the spread of existing damage	Aumento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente
26	It is the task of the physiotherapist to remove the cause of back pain	É função do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas
27	There is no effective treatment to eliminate back pain	Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor nas costas
28	TENS and/or back braces support functional recovery	TENS e/ ou cintas nas costas suportam a recuperação funcional
29	Even if the pain has worsened, the intensity of the next treatment can be increased	Mesmo que a dor piore, a intensidade do próximo tratamento pode ser aumentada
30	If patients complain of pain during exercise, I worry that damage is being caused	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, preocupo-me se uma lesão está a ser causada
31	The severity of tissue damage determines the level of pain	A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor
32	A rapid resumption of daily activities is an important goal of the treatment	A rápida retoma das actividades diárias é um objectivo importante do tratamento
33	Learning to cope with stress promotes recovery from back pain	Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor nas costas
34	Exercises that may be back straining should not be avoided during the treatment	Exercícios que podem colocar as costas em carga devem ser evitados durante o tratamento
35	In the long run, patients with back pain have a higher risk of developing spinal impairments	A longo prazo, utentes com dor nas costas têm um risco mais elevado de desenvolver problemas na coluna
36	In back pain, imaging tests are unnecessary	Na dor nas costas, exames imagiológicos são desnecessários

## **RELATÓRIO**

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

**Considerando o período de transição para a implementação do novo acordo ortográfico, a tradução foi realizada com a grafia actual.**

**Em relação à tradução, surgiram as seguintes dúvidas e decisões:**

- Tradução de: “the purpose of this list”, tendo-se optado por não traduzir como “lista” mas sim como “escala”;
- No item 15 e 19 os termos “dangerously” e “dangerous” não foram traduzidos como “perigoso” mas sim como “grave” considerando o sentido da palavra no contexto;
- No item 35 o termo “impairments”, apesar de dever ser traduzido como “deficiências”, no contexto pareceu-nos mais adequado traduzir como “défices” ou, mais globalmente como “problemas”

**Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.**

## APÊNDICE IV

### Tradução da PABS-PT da 2ª Tradutora

#### FORMULÁRIO – TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

Tradutor 1  Tradutor 2

**Nome do tradutor** Ana de Matos Tornada

**Perfil do tradutor** (*Coloque uma cruz para assinalar a opção*):

Conhecimento do conceito  Desconhecimento do conceito

**Profissão/ Área de actividade** Interna do Complementar de Medicina Interna

**Justificação para ser considerado  
“Bilingue”**

Realizou o *International English Language Testing System* (IELTS) – *academic test*, em Julho de 2011, com um resultado final de 7.5 (“reading” –7.5 e “writing” –6.5).

Concluiu o Mestrado em Cardiologia Preventiva pelo Imperial College em Londres, em Setembro de 2012.

# Physiotherapist Attitude and Beliefs scale (PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

## POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

ORIGINAL INSTRUCTIONS	TRADUÇÃO INSTRUÇÕES
<p>The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do <b>not</b> mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis.</p>	<p>Esta lista tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem das formas mais comuns de dor lombar efectuada pelo terapeuta. É excluída a dor lombar resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.</p>
<p>It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for <b>your</b> opinion; the opinions of <b>others</b> are not relevant.</p>	<p>Não se pretende testar o seu conhecimento de dor lombar, apenas estudar a forma como é abordado o tratamento da mesma. Pretende-se obter a <b>sua</b> opinião; a opinião dos <b>outros</b> é irrelevante.</p>

SCORING METHOD	MÉTODO DE PONTUAÇÃO																								
<p>We would like you to indicate the level to which you agree or disagree with each statement by placing a cross in one of the boxes.</p> <p>An example is shown below.</p>	<p>Indique o seu nível de concordância ou discordância com cada uma das declarações colocando uma cruz num dos espaços.</p> <p>Um exemplo é mostrado em baixo.</p>																								
<p><u>Example:</u> “Exercise is best carried out using exercise equipment”</p> <p>If you <b>totally disagree</b> with this statement, put a cross in the left-hand box:</p>	<p><u>Exemplo:</u> “O exercício é melhor desempenhado utilizando equipamento de exercício”</p> <p>Se <b>discorda</b> totalmente com esta declaração coloque uma cruz no espaço à esquerda:</p>																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Totally disagree</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Largely disagree</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Disagree to some extent</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Agree to some extent</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Largely agree</td> <td style="text-align: center;">Totally agree</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Discordo totalmente</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Discordo largamente</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Discordo parcialmente</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Concordo parcialmente</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">Concordo largamente</td> <td style="text-align: center;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Discordo totalmente	Discordo largamente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo largamente	Concordo totalmente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Discordo totalmente	Discordo largamente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo largamente	Concordo totalmente																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

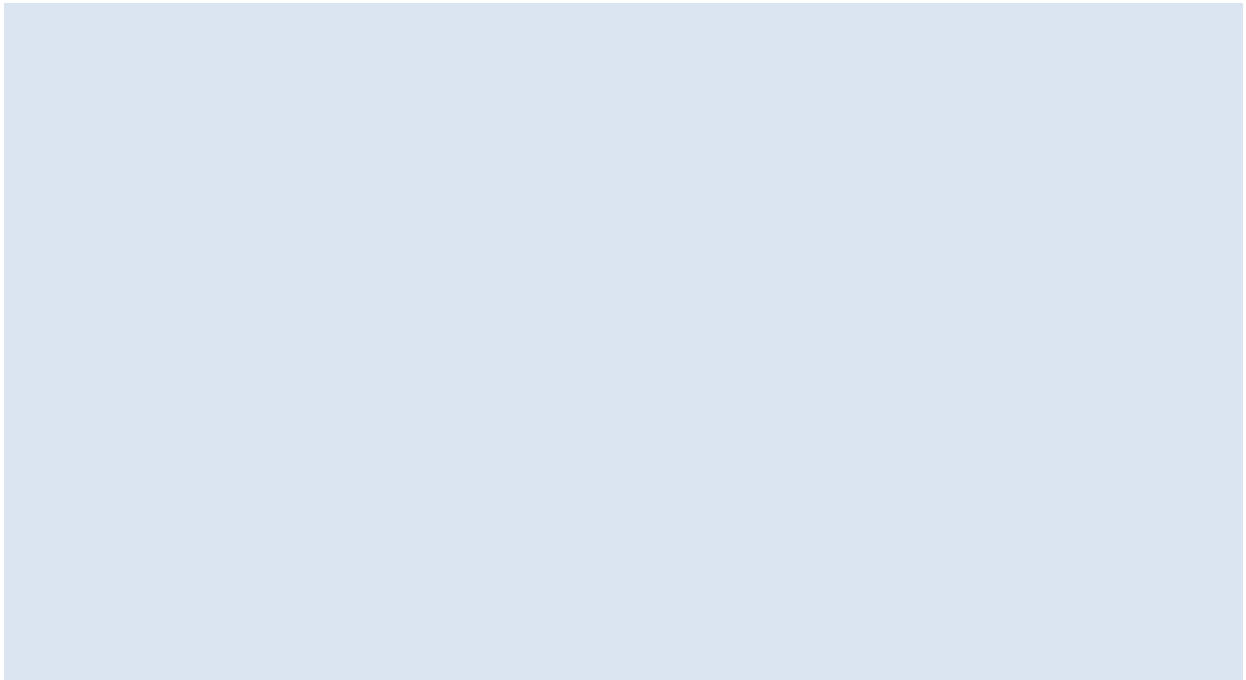
NOTE	NOTA
<p>To allow proper analysis of the data, it is essential that you give your opinion on <b>all the statements</b>, even if you feel that some “double” statements may have been included.</p>	<p>É essencial que dê a sua opinião em <b>todas as declarações</b> para permitir uma análise adequada dos dados, mesmo que sinta que algumas declarações estejam “duplicadas”.</p>

ITENS DA VERSÃO ORIGINAL		TRADUÇÃO
1	Back pain sufferers should refrain from all physical activity in order to avoid injury	As pessoas com dor lombar devem evitar toda a actividade física para evitar lesão.
2	Good posture prevents back pain	Um boa postura previne a dor lombar
3	Knowledge of the tissue damage is not necessary for effective therapy	Uma terapêutica eficaz não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados
4	Reduction of daily physical exertion is a significant factor in treating back pain	No tratamento da dor lombar, a redução do esforço físico diário é um factor significativo.
5	Not enough effort is made to find the underlying organic causes of back pain	Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacente à dor lombar.
6	Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage	O stress mental pode causar dor lombar mesmo na ausência de lesão tecidual.
7	The cause of back pain is unknown	A causa de dor lombar é desconhecida.
8	Unilateral physical stress is not a cause of back pain	Stress físico unilateral não é uma causa de dor lombar
9	Patients who have suffered back pain should avoid activities that stress the back	Doentes com história de dor lombar devem evitar actividades que causem stress na região lombar
10	Pain is a nociceptive stimulus, indicating tissue damage	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidual.
11	A patient suffering from severe back pain will benefit from physical exercise	Um doente com dor lombar grave irá beneficiar de exercício físico.
12	Functional limitations associated with back pain are the result of psychosocial factors	Limitações funcionais associadas à dor lombar resultam de factores psico-sociais.
13	The best advice for back pain is: "Take care" and "Make no unnecessary movements"	O melhor conselho para a dor lombar é: "Tenha cuidado" e "Não realize movimentos desnecessários"
14	Patients with back pain should preferably practice only pain free movements	Doentes com dor lombar devem praticar preferencialmente movimentos que não induzam dor.
15	Back pain indicates that there is something dangerously wrong with the back	A dor lombar indica que algo perigosamente errado se passa na região lombar.
16	The way patients view their pain influences the progress of the symptoms	O progresso dos sintomas é influenciado pela forma como os doentes vêem a sua dor.
17	Therapy may have been successful even if pain remains	A terapêutica pode ter tido sucesso mesmo quando permanece dor
18	Therapy can completely alleviate the functional symptoms caused by back pain	A terapêutica pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar
19	If ADL activities cause more back pain, this is not dangerous	Se as AVD causarem mais dor lombar, não será perigoso
20	Back pain indicates the presence of organic injury	Dor lombar indica a presença de lesão orgânica

21	Sport should not be recommended for patients with back pain	Não se deve recomendar desporto aos doentes com dor lombar
22	If back pain increases in severity, I immediately adjust the intensity of my treatment accordingly	Se a gravidade da dor lombar aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento
23	If therapy does not result in a reduction in back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term	Se a terapia não resultar numa redução da dor lombar, existe um risco elevado de restrições a longo prazo
24	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal functioning	A redução da dor é uma pré-condição para restaurar o funcionamento normal
25	Increased pain indicates new tissue damage or the spread of existing damage	O aumento da dor é indicador de nova lesão tecidual ou agravamento da lesão pré-existente
26	It is the task of the physiotherapist to remove the cause of back pain	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor lombar
27	There is no effective treatment to eliminate back pain	Não existe um tratamento eficaz para eliminar a dor lombar
28	TENS and/or back braces support functional recovery	A neuroestimulação eléctrica transcutânea e/ou o suporte lombar permitem uma recuperação funcional
29	Even if the pain has worsened, the intensity of the next treatment can be increased	Mesmo quando a dor agrava, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada
30	If patients complain of pain during exercise, I worry that damage is being caused	Se os doentes se queixarem de dor durante o exercício, preocupo-me que esteja a causar lesão
31	The severity of tissue damage determines the level of pain	A gravidade da lesão tecidual determina a graduação da dor
32	A rapid resumption of daily activities is an important goal of the treatment	Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento importante
33	Learning to cope with stress promotes recovery from back pain	Aprender a lidar com o stress promove a recuperação da dor lombar
34	Exercises that may be back straining should not be avoided during the treatment	Exercícios que causem tensão ao nível lombar devem ser evitados durante o tratamento
35	In the long run, patients with back pain have a higher risk of developing spinal impairments	A longo prazo, os doentes com dor lombar têm maior risco de desenvolver lesão medular
36	In back pain, imaging tests are unnecessary	Na dor lombar, os exames de imagem são desnecessários

## **RELATÓRIO**

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.



**Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.**

## Apêndice V

### Versão de Consenso da Tradução

#### FORMULÁRIO A3. PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE 1 (TRADUÇÃO DA LÍNGUA ORIGINAL- LÍNGUA PORTUGUESA)

##### MEMBROS DO PAINEL

- **Nome:** Eduardo Brazete Cruz  
**Profissão/ Área de actividade:** Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
- **Nome:** Carla Mendes Pereira  
**Profissão/ Área de actividade:** Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
- **Nome:** Ana Sofia Rosa  
**Profissão/ Área de actividade:** Fisioterapeuta

**Data:** 11/ 12/ 2012

**INSTRUMENTO:** Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale

##### TRADUÇÃO DAS INSTRUÇÕES

VERSÃO DE CONSENSO	JUSTIFICAÇÃO
Esta escala tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem efectuada pelo terapeuta, às formas mais comuns de dor lombar. <u>É excluída</u> a dor lombar resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.	Segue-se a versão do tradutor 2, porém alterou-se a ordem da frase uma vez que se pretende que seja centrado no terapeuta e não na dor lombar como estava patente anteriormente
Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca de dor lombar. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor lombar. Pretendemos a <b>sua</b> opinião; as opiniões de <b>outros</b> não são relevantes.	Segue-se a versão do tradutor 1

##### MÉTODO DE PONTUAÇÃO

VERSÃO DE CONSENSO	JUSTIFICAÇÃO						
Indique o seu nível de concordância ou discordância com cada uma das afirmações colocando uma cruz num dos espaços. Apresenta-se em baixo um exemplo. Exemplo: “O exercício é melhor realizado com equipamento de exercício” Se discorda totalmente com esta afirmação, coloque uma cruz no quadrado à esquerda:	Segue-se a versão do tradutor 2, à excepção do termo “declarações”, substituído por “afirmação”						
<table border="1"><tr><td>Discordo totalmente</td><td>Discordo bastante</td><td>Discordo parcialmente</td><td>Concordo parcialmente</td><td>Concordo bastante</td><td>Concordo totalmente</td></tr></table>	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente	Segue-se a versão do tradutor 1
Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente		
	Segue-se a versão do tradutor 1						

## NOTA

VERSÃO DE CONSENSO	JUSTIFICAÇÃO
Para permitir uma análise apropriada dos dados, é essencial que dê a sua opinião em <b>todas as afirmações</b> , mesmo que sinta que podem ter sido incluídas algumas afirmações “duplicadas”.	Segue-se a versão do tradutor 1

## QUESTIONÁRIO

**NOTA: Ao longo do questionário,**

**- Assume-se o termo “dor lombar” por ser mais específico;**

**- Substituiu-se “utentes/ indivíduos que sofrem de...” por “pessoas com...”.**

	VERSÃO DE CONSENSO	JUSTIFICAÇÃO
1	As pessoas com dor lombar devem evitar toda a actividade física para evitar lesão.	Segue-se a versão do tradutor 2
2	Uma boa postura previne a dor lombar	Segue-se a versão do tradutor 2, com correcção de erro ortográfico
3	Uma terapia efectiva não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados	Segue-se a versão do tradutor 2, mas alterou-se “terapêutica” por “terapia” e “eficaz” por “efectiva”
4	No tratamento da dor lombar, a redução do esforço físico diário é um factor importante.	Segue-se a versão do tradutor 2, trocando “significativo” por “importante”
5	Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacentes à dor lombar	Segue-se a versão do tradutor 2, no pressuposto da procura de uma causa que origina o problema
6	O stress mental pode causar dor lombar, mesmo na ausência de lesão tecidular.	Consensual
7	A causa de dor lombar é desconhecida.	Consensual
8	Stress físico unilateral não é uma causa de dor lombar	Consensual, porém ficamos com dúvida sobre o termo “stress físico”
9	As pessoas com dor lombar devem evitar actividades que causem stress na região lombar	Segue-se a versão do tradutor 1, porém ficamos com dúvida sobre o termo “stress”
10	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidular	Segue-se a versão do tradutor 2, por indicar uma relação directa entre a dor e lesão tecidular
11	Uma pessoa com dor lombar severa irá beneficiar de exercício físico.	Segue-se a versão do tradutor 2, utilizando porém o termo “severa” em vez de “grave”
12	As limitações funcionais associadas a dor lombar são o resultado de factores psicossociais	Segue-se a versão do tradutor 1
13	O melhor conselho para dor lombar é: “Tenha cuidado” e “Não faça movimentos desnecessários”	Segue-se a versão do tradutor 1
14	As pessoas com dor lombar devem realizar preferencialmente movimentos livres de dor	Segue-se a versão do tradutor 2, substituindo “praticar” por realizar” e elimina-se “apenas”

(Cont.)

15	A dor lombar indica que algo está gravemente errado com as costas	Segue-se a versão do tradutor 1
16	O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas	Segue-se a versão do tradutor 1
17	A terapia pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece	Segue-se parcialmente as versões do tradutor 1 e 2
18	A terapia pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar	Segue-se a versão do tradutor 1
19	Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave	Segue-se a versão do tradutor 1
20	A dor lombar indica a presença de lesão orgânica	Segue-se a versão do tradutor 1
21	Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor lombar	Segue-se a versão do tradutor 2
22	Se a dor nas costas aumentar em severidade, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.	Segue-se a versão do tradutor 1, eliminando "em concordância com a mesma" por ser redundante
23	Se a terapia não resultar numa redução da dor lombar, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo	Segue-se a versão do tradutor 1
24	A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal	Segue-se a versão do tradutor 1
25	O aumento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente	Segue-se a versão do tradutor 1
26	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor lombar	Segue-se a versão do tradutor 2
27	Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor lombar	Segue-se a versão do tradutor 1
28	TENS e/ou o suporte lombar permitem uma recuperação funcional	Segue-se a versão do tradutor 2, porém mantendo as siglas
29	Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada	Segue-se a versão do tradutor 2
30	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, preocupo-me se uma lesão está a ser causada	Segue-se a versão do tradutor 1
31	A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor	Segue-se a versão do tradutor 1
32	Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento importante	Segue-se a versão do tradutor 2
33	Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor lombar	Segue-se parcialmente as versões do tradutor 1 e 2
34	Os exercícios que podem colocar as costas em carga não devem ser evitados durante o tratamento	Segue-se a versão do tradutor 1 e acrescenta-se a palavra "não"
35	A longo prazo, as pessoas com dor lombar têm maior risco de desenvolver problemas na coluna	Segue-se parcialmente as versões do tradutor 1 e 2
36	Na dor lombar, exames imagiológicos são desnecessários	Segue-se a versão do tradutor 1

## APÊNDICE VI

### Pedido de Colaboração aos Retradutores



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA  
**CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA  
PHYSIOTHERAPIST ATTITUDE AND BELIEFS SCALE (PABS-PT)**

Ana Sofia Rosa; Eduardo Cruz; Carla Pereira (2012)

Setúbal, 17 de Janeiro de 2013

Exmo (a). Sr (a).

O meu nome é Ana Sofia Rosa, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia Ramo Condições Músculo-Esqueléticas leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e pela Escola Nacional de Saúde Pública. De momento estou a desenvolver o meu Trabalho de Projecto, com o tema: Contributo para a Adaptação Cultural do *Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale* (PABS), cujos principais objectivos são: adaptar culturalmente o instrumento e avaliar a sua fiabilidade, e validade de constructo. O presente estudo tem como orientador o Professor Eduardo Cruz e Co- Orientadora a Professora Carla Mendes Pereira.

Para que um instrumento possa ser utilizado numa língua e cultura diferentes daquelas em foi originalmente desenvolvido, é necessário seguir um conjunto de procedimentos rigorosos, sendo um deles, a retroversão da versão traduzida do instrumento, para a língua original, que é o inglês. Nesse sentido, e considerando que cumpre os critérios definidos na literatura para participar neste tipo de tradução (ser bilingue e não possui conhecimento específico sobre a temática), venho solicitar a sua colaboração no processo de tradução e adaptação cultural do questionário *Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale* (PABS), **através da retradução do seu conteúdo para a língua original, o inglês.**

Junto anexo as instruções e questões a serem retraduzidas. A retradução deverá ser acompanhada de um relatório com o registo de comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

Os meus melhores cumprimentos,

**Ana Sofia Rosa**

## APÊNDICE VII

### Retroversão da 1ª retradutora

#### FORMULÁRIO A2. RETROTRADUÇÃO PARA INGLÊS

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

**Retradutor**

✓ 1

2

**Nome do retradutor**

Isabel Amaral

**Profissão/ Área de actividade**

Professora Coordenadora Aposentada da ESS/IPS

**Justificação para ser considerado bilingue**

British Council – nível avançado

Residência nos Estados Unidos durante 1,5 anos.

Uso diário da língua inglesa em situações profissionais e não profissionais

## APÊNDICE VIII

### Retroversão da 2ª retradutora

#### FORMULÁRIO A2. RETROTRADUÇÃO PARA INGLÊS

POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

Retradutor

1

✓2

Nome do retrotradutor

Eileen Sua Kay

Profissão/ Área de actividade

Reformada  
Terapeuta da fala

Justificação para ser considerado bilingue

Adquiriu e desenvolveu as duas línguas simultaneamente desde a nascença.

## APÊNDICE IX

### Versão de Consenso da Retroversão

#### FORMULÁRIO A5. PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE 2 (RETROTRADUÇÃO DA LÍNGUA PORTUGUESA – LÍNGUA ORIGINAL)

##### MEMBROS DO PAINEL

- **Nome:** Eduardo Brazete Cruz **Profissão/ Área de actividade:** Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
- **Nome:** Carla Mendes Pereira **Profissão/ Área de actividade:** Fisioterapeuta/ Docente Ensino Superior Politécnico
- **Nome:** Ana Sofia Rosa **Profissão/ Área de actividade:** Fisioterapeuta

**Data:**

**INSTRUMENTO:** Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale

##### RETRADUÇÃO DAS INSTRUÇÕES

ITENS DA VERSÃO CONSENSO 1	RETRADUTOR 1	RETRADUTOR 2	VERSÃO DE CONSENSO 2
Esta escala tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem efectuada pelo terapeuta, às formas mais comuns de dor lombar. É excluída a dor lombar resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.	The purpose of this scale is to analyse physiotherapists' approach to the most common forms of low back pain. Low back pain resulting from radicular syndrome, cauda equina syndrome, bone fractures, infections, inflammation, tumour or metastasis <u>are excluded</u> from this analysis.	The purpose of this scale is to assist in the analysis of the approach used by the PT in the most common forms of back pain. Back pain resulting from radicular syndrome, cauda equina syndrome, fracture, infection, tumor or metastasis is excluded	The purpose of this scale is to assist in the analysis of the approach used by the PT in the most common forms of back pain. Back pain resulting from radicular syndrome, cauda equina syndrome, fracture, infection, tumor or metastasis is excluded. (Retradução 2)
Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca de dor lombar. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor lombar. Pretendemos a <b>sua</b> opinião; as opiniões de	We do not intend to test your knowledge of low back pain. We want to know how you approach the treatment of low back pain. We want <b>your</b> opinion; <b>other peoples'</b> opinions are not relevant.	It is not our intention to test your knowledge on back pain. We would only like to know how you approach lower back pain treatment. We want your opinion; opinions of others are not relevant	It is not our intention to test your knowledge on back pain. We would only like to know how you approach the treatment of back pain. We want <b>your</b> opinion; opinions of others are not

**outros** não são relevantes.

relevant.  
(Retradução 1 e 2)

## MÉTODO DE PONTUAÇÃO

ITENS DA VERSÃO CONSENSO 1	RETRADUTOR 1	RETRADUTOR 2	VERSÃO DE CONSENSO 2
Indique o seu nível de concordância ou discordância com cada uma das afirmações colocando uma cruz num dos espaços. Apresenta-se em baixo um exemplo.	Please indicate the level to which you agree or disagree with each statement by checking the appropriate space.	Indicate your level of agreement or disagreement with each of the statements by placing a cross in one of the boxes An example is presented below.	Please, indicate the level to which you agree or disagree with each statement by placing a cross in one of the boxes. An example is presented below. (Retradução1 e 2)
Exemplo: “O exercício é melhor realizado com equipamento de exercício” Se <u>discorda</u> totalmente com esta afirmação, coloque uma cruz no quadrado à esquerda:	Ex: “Exercise is best performed with exercise equipment”. If you <u>totally disagree</u> with this statement, check the square on the left.	Example: “the exercise is best accomplished with exercise equipment” If you totally disagree with this statement mark in the box on the left	Example: “Exercise is best performed with exercise equipment”. If you <u>totally disagree</u> with this statement, check the square on the left. (Retradução1)

Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente	Totally disagree	mostly Disagree	Partially Disagree	Partially Agree	Mostley Agree	Totally agree	Totally disagree	mostly Disagree	Partially Disagree	Partially Agree	Mostley Agree	Totally agree	Totally disagree	Mostly Disagree	Partially Disagree	Partially Agree	Mostley Agree	Totally agree
---------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------	------------------	-----------------	--------------------	-----------------	---------------	---------------	------------------	-----------------	--------------------	-----------------	---------------	---------------	------------------	-----------------	--------------------	-----------------	---------------	---------------

## NOTAS

ITENS DA VERSÃO CONSENSO 1	RETRADUTOR 1	RETRADUTOR 2	VERSÃO DE CONSENSO 2
Para permitir uma análise apropriada dos dados, é essencial que dê a sua opinião em <b>todas as afirmações</b> , mesmo que sinta que podem ter sido incluídas algumas afirmações “duplicadas”.	To allow for adequate data analysis you should give us your opinion about <b>all statements</b> , even when you think that some statements may have been “duplicated”.	To allow a proper data analysis, it is essential that you give your opinion on all statements even if you feel that some “duplicate” statements have been included	To allow a proper data analysis, it is essential that you give your opinion on <b>all statements</b> even if you feel that some “duplicate” statements may have been included (Retradução2)

## RETRADUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

	ITENS DA VERSÃO CONSENSO 1	RETRADUTOR 1	RETRADUTOR 2	VERSÃO DE CONSENSO 2
1	As pessoas com dor lombar devem evitar toda a actividade física para evitar lesão.	People with low back pain should avoid all physical activity to prevent lesion.	People with back pain should avoid all physical activity to prevent injury	People with back pain should avoid all physical activity to prevent injury (Retradução2)
2	Uma boa postura previne a dor lombar	Good posture prevents low back pain	Good posture prevents back pain	Good posture prevents back pain (Retradução2)
3	Uma terapia efectiva não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados	Effective therapy does not include knowledge on tissue damage.	An effective therapy does not imply knowledge of injured tissues	An effective therapy does not imply knowledge of tissue damage (Retradução1 e 2)
4	No tratamento da dor lombar, a redução do esforço físico diário é um factor importante.	In the treatment of low back pain, reducing daily physical effort is an important factor	In back pain treatment reducing daily physical effort is an important factor	In back pain treatment reducing daily physical effort is an important factor (Retradução2)
5	Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacentes à dor lombar	There is not enough effort being made to find organic causes underlying low back pain.	Not enough effort is made to find an organic cause underlying back pain	Not enough effort is made to find an organic cause underlying back pain (Retradução2)
6	O stress mental pode causar dor lombar, mesmo na ausência de lesão tecidular.	Mental stress can cause low back pain, even in the absence of tissue damage.	Mental stress can cause back pain, even in the absence of tissue damage	Mental stress can cause back pain, even in the absence of tissue damage (Retradução 1 = Tradução 2)
7	A causa de dor lombar é desconhecida.	The cause of low back pain is unknown	The cause back pain is unknown	The cause of back pain is unknown (Retradução1)
8	Stress físico unilateral não é uma causa de dor lombar	Unilateral physical stress does not cause low back pain	Unilateral physical stress is not a cause of back pain	Unilateral physical stress is not a cause of back pain (Retradução2)
9	As pessoas com dor lombar devem evitar actividades que causem stress na região lombar	People with low back pain should avoid low back stressing exercises	People with back pain should avoid activities that cause stress in the lower back region	People with back pain should avoid activities that cause stress in the lower back region (Retradução2)
10	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidular	Pain is a nociceptive stimulus indicating tissue damage	Pain is a nociceptive stimulus that indicates tissue injury	Pain is a nociceptive stimulus that indicates tissue damage (Retradução1 e 2)
11	Uma pessoa com dor lombar severa irá beneficiar de exercício físico.	A person with severe low back pain will benefit from physical exercise	Physical exercise will benefit one with severe back pain	A person with severe back pain will benefit from physical exercise (Retradução1)
12	As limitações funcionais associadas a dor lombar são o resultado de factores	Functional limitations associated with low back pain are the result of	Functional limitations linked to back pain are the result of psychosocial factors	Functional limitations associated with low back pain are the result of psychosocial

	psicossociais	psychosocial factors		factors (Retradução1)
13	O melhor conselho para dor lombar é: "Tenha cuidado" e "Não faça movimentos desnecessários"	The best advice on low back pain is "Be careful" and "Do not do unnecessary movements"	The best advice for back pain is: "Be careful" and "Don't make unnecessary movements"	The best advice for back pain is: "Be careful" and "Don't make unnecessary movements" (Retradução2)
14	As pessoas com dor lombar devem realizar preferencialmente movimentos livres de dor	People with low back pain should preferably do pain free movements	People with back pain should in preference do pain free movements	People with low back pain should preferably do pain free movements (Retradução1)
15	A dor lombar indica que algo está gravemente errado com as costas	Low back pain indicates that something is severely wrong with your back	Back pain indicates that something is seriously wrong with your back	Back pain indicates that something is severely wrong with your back (Retradução1)
16	O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas	The way people face pain influences the development of symptoms	The way people face their pain influences the evolution of symptoms	The way people face their pain influences the evolution of symptoms (Retradução2)
17	A terapia pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece	Therapy may have been successful even if pain remains	Therapy might have been successful even when pain remains	Therapy may have been successful even if pain remains (Retradução1)
18	A terapia pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar	Therapy may totally relieve functional symptoms caused by low back pain	Therapy can completely relieve the functional symptoms caused by back pain	Therapy can completely relieve the functional symptoms caused by back pain (Retradução2)
19	Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave	If ADL activities increase low back pain, this is not serious	If ADLs cause more pain in the back it is not serious	If ADLs cause more pain in the back it is not serious (Retradução2)
20	A dor lombar indica a presença de lesão orgânica	Low back pain indicates presence of organic injury	Back pain indicates the presence of organic injury	Back pain indicates the presence of organic injury (Retradução2)
21	Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor lombar	Sports should not be recommended to people with low back pain	One should not recommend sports to people with back pain	Sports should not be recommended to people with back pain (Retradução1)
22	Se a dor nas costas aumentar em severidade, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.	If low back pain increases in severity I immediately adjust the intensity of my treatment	If back pain grows in severity I immediately adjust the intensity of my treatment	If back pain increases in severity I immediately adjust the intensity of my treatment (Retradução1)
23	Se a terapia não resultar numa redução da dor lombar, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo	If therapy does not result in a reduction of low back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term	If therapy doesn't result in the reduction of back pain there is a high risk of severe long term restriction	If therapy does not result in the reduction of back pain there is a high risk of severe long term restriction (Retradução2)
24	A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal	Pain reduction is a prerequisite for restoring normal functioning	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal function	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal function

				<i>(Retradução2)</i>
25	O aumento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente	Increased pain indicates new tissue damage or the increase of an existing damage.	Increased pain indicates new tissue damage or increased existing damage	Increased pain indicates new tissue damage or the increase of an existing damage. <i>(Retradução1)</i>
26	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor lombar	It is the task of a physiotherapist to eliminate the cause of low back pain.	It is the physiotherapists' task to remove the cause of back pain	It is the task of a physiotherapist to remove the cause of back pain <i>(Retradução1 e 2)</i>
27	Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor lombar	There is no effective treatment to eliminate low back pain.	There is no effective treatment to eliminate back pain	There is no effective treatment to eliminate back pain <i>(Retradução 1 = Tradução 2)</i>
28	TENS e/ou o suporte lombar permitem uma recuperação funcional	TENS and/ or back support provide for functional recovery	TENS and/or back support allow a functional recovery	TENS and/or back support allow a functional recovery <i>(Retradução2)</i>
29	Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada	Even if pain worsens, the intensity of the next treatment can be increased	Even if pain worsens the intensity of following treatment can be increased	Even if pain worsens, the intensity of the next treatment can be increased <i>(Retradução1)</i>
30	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, preocupo-me se uma lesão está a ser causada	If patients complain of pain during exercise, I worry that damage may be caused.	If service users complain of pain during exercise, I am concerned about causing damage.	If patients complain of pain during exercise, I am concerned about causing damage. <i>(Retradução1 e 2)</i>
31	A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor	The severity of tissue damage determines the level of pain	The severity of tissue damage determines level of pain	The severity of tissue damage determines the level of pain <i>(Retradução1 = Tradução 2)</i>
32	Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento importante	Rapid return to daily activities is an important goal for treatment	Resuming daily activities quickly is an important treatment objective	Rapid return to daily activities is an important goal for treatment <i>(Retradução1)</i>
33	Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor lombar	Learning to cope with stress promotes recovery of low back pain	Learning how to manage stress promotes back pain recovery	Learning to cope with stress promotes recovery of back pain <i>(Retradução1)</i>
34	Os exercícios que podem colocar as costas em carga não devem ser evitados durante o tratamento	Exercises that may be back straining should not be avoided during treatment	Exercises that may be back straining should not be avoided during treatment	Exercises that may be back straining should not be avoided during treatment <i>(Retradução1 = Tradução 2)</i>
35	A longo prazo, as pessoas com dor lombar têm maior risco de desenvolver problemas na coluna	In the long run, people with low back pain have a higher risk of developing spinal problems.	People with back pain have a higher risk for developing later spine problems	In the long run, people with low back pain have a higher risk of developing spinal problems. <i>(Retradução1)</i>
36	Na dor lombar, exames imagiológicos são desnecessários	In low back pain, imagiology exams are unnecessary.	MRI exams are unnecessary for back pain	In low back pain, imagiology exams are unnecessary. <i>(Retradução1)</i>

## RELATÓRIO

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

*Ana*

*Relativamente às questões que referes (Partially agree; colocar as costas em carga ; Column ou spine), aguardemos para ver o que diz a Comissão de peritos*

**Obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado.**

## APÊNDICE X

### Respostas dos Peritos ao “Dossier de Comité Peritos”

#### ASSUNTO: PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS PERITOS

Exma. Sr (a).

O meu nome é Ana Sofia Rosa, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo-Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objectivo é a adaptação e validação da escala “**Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale**” para a população portuguesa, tendo o presente estudo como orientador o Professor Eduardo Cruz e Co-orientadora a Professora Carla Pereira.

O estudo pretende disponibilizar este instrumento de 36 questões, para a população portuguesa de Fisioterapeutas, cujo objectivo é verificar se as atitudes e crenças dos fisioterapeutas influenciam a sua percepção das características dos utentes com dor lombar crónica e o seu tipo de abordagem na intervenção destes casos. Neste contexto gostaria de solicitar a sua colaboração para integrar o comité de peritos (peritos em condições músculo-esqueléticas, no processo metodológico, ou em linguística) **seleccionados para efectuar a análise da versão traduzida para língua portuguesa quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.**

A tradução deste questionário foi solicitada e realizada, seguindo as normas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida, que até à data, compreendeu:

1. Tradução para português do instrumento original por dois indivíduos independentes, de língua materna portuguesa;
2. Construção de uma versão de consenso (por um painel com elementos independentes do processo de tradução);
3. Retroversão desta última por outros dois indivíduos independentes dos processos anteriores, e bilingues;

Considerando a sua experiência e “*expertise*” em linguística, venho por este meio solicitar a sua colaboração na validação de conteúdo da versão portuguesa do **Physiotherapists Attitudes and Beliefs**

**Scale** (PABS) (Apêndice 1), preenchendo para o efeito, a coluna indicada no Apêndice 1 para comentários e sugestões, e o Apêndice 2., onde lhe é solicitado uma caracterização profissional sumária. Solicito ainda, que o preenchimento seja efectuado nos espaços considerados nos referidos Apêndices. Após o respectivo preenchimento, e logo que possível, agradeço a devolução deste documento, pessoalmente ou por e-mail.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através do número 914631424, ou pelo seguinte e-mail: ana\_sofia2@yahoo.com.

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver o questionário, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Ana Sofia Rosa

## AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E RETROVERSÃO

O papel do Comité de Peritos, ao qual pertence, é o de consolidar todas as versões da escala e desenvolver a versão pré final da versão Portuguesa do **instrumento PABS**, para posterior utilização no estudo piloto com fisioterapeutas. Assim, pretende-se que reveja as traduções realizadas, e as avalie quanto à sua equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.

Note que a estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, etc.). Qualquer alteração deve cingir-se apenas à formulação das questões/ afirmações.

### **A avaliação do processo de adaptação linguística deve desenrolar-se da seguinte maneira:**

1. Primeiro deve ler com atenção as questões colocadas na página seguinte.
2. Depois deve comparar a versão síntese 2 (versão retro - traduzida) com a versão original do instrumento, e com a versão síntese 1 (versão portuguesa) (conforme Apêndice 1). Na coluna respectiva, e para cada questão, deve avaliar se as questões tal como foram traduzidas para português são equivalentes (equivalência semântica; conceptual, idiomática e experiencial) à versão original.
3. No caso de identificar questões que comprometam a equivalência de ambas as versões registre por favor os seus comentários e a solução que propõe para uma melhor formulação.

**Nota:** Caso se verifiquem discrepâncias entre os elementos do Comité de Peritos no processo de avaliação, o comité e os tradutores irão rever todas as traduções efectuadas de modo a obterem uma versão consensual.

## INSTRUÇÕES

Para cada questão ou item da escala PABS avalie se:

1. Na sua opinião, considera que as instruções de preenchimento estão rigorosamente traduzidas?
2. Na sua opinião, as questões da versão portuguesa do questionário mantêm o mesmo significado conceptual que tinham na língua original, isto é, apresentam equivalência conceptual?
3. Tendo por base a versão original, considera que na versão portuguesa a construção das perguntas mantêm o mesmo significado que tinha na língua original, ou seja, que apresenta equivalência linguística (ou semântica)? *(Por exemplo, se na sua opinião as palavras tem o mesmo significado; se existem questões que podem ter múltiplos significados, ou se existem dificuldades gramaticais na tradução).*
4. No sentido de avaliar a equivalência idiomática, e uma vez que os coloquialismos são difíceis de traduzir, torna-se por vezes necessário formular expressões equivalentes na versão traduzida. Assim, deve considerar se existem alguns termos ou expressões que se encontrem mal adaptados para a população portuguesa e que por isso necessitem de nova formulação. Se sim, agradeceríamos que os mencionasse, na coluna de comentários e sugestões (Apêndice 1).
5. No sentido de avaliar a equivalência experiencial é necessário avaliar se as questões formuladas se adequam à realidade cultural da população portuguesa, concretamente se as atitudes e crenças mencionadas no questionário existem na realidade portuguesa e se são comuns no dia a dia dos fisioterapeutas. No caso de identificar alguma situação desta natureza, agradeceríamos que sugerisse uma tarefa ou actividade similar comum na população portuguesa.

- 1º PERITO

## APÊNDICE 1: SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DO PAINEL DE PERITOS

INSTRUMENTO: Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale

### INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES
The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do <b>not</b> mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis.	Esta escala tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem efectuada pelo terapeuta, às formas mais comuns de dor lombar. <u>É excluída</u> a dor lombar resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.	The purpose of this scale is to assist in the analysis of the approach used by the PT in the most common forms of back pain. Back pain resulting from radicular syndrome, cauda equina syndrome, fracture, infection, tumor or metastasis is excluded.	
It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for <b>your</b> opinion; the opinions of <b>others</b> are not relevant.	Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca de dor lombar. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor lombar. Pretendemos a <b>sua</b> opinião; as opiniões de <b>outros</b> não são relevantes.	It is not our intention to test your knowledge on back pain. We would only like to know how you approach the treatment of back pain. We want <b>your</b> opinion; opinions of others are not relevant.	



included.	algumas afirmações “duplicadas”.	been included	
-----------	----------------------------------	---------------	--

## QUESTIONÁRIO

ITENS DA VERSÃO CONSENSO 1		RETRADUTOR 1	RETRADUTOR 2	VERSÃO DE CONSENSO 2
1	Back pain sufferers should refrain from all physical activity in order to avoid injury	As pessoas com dor lombar devem evitar toda a actividade física para evitar lesão.	People with back pain should avoid all physical activity to prevent injury.	
2	Good posture prevents back pain	Uma boa postura previne a dor lombar.	Good posture prevents back pain.	
3	Knowledge of the tissue damage is not necessary for effective therapy	Uma terapia efectiva não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados.	An effective therapy does not imply knowledge of tissue damage.	Substituí a palavra “terapia” por “tratamento” por me parecer mais próximo do contexto Português, sem que o significado da versão original seja alterado.
4	Reduction of daily physical exertion is a significant factor in treating back pain	No tratamento da dor lombar, a redução do esforço físico diário é um factor importante.	In back pain treatment reducing daily physical effort is an important factor.	
5	Not enough effort is made to find the underlying organic causes of back pain	Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacentes à dor lombar.	Not enough effort is made to find an organic cause underlying back pain.	Substituí “a causa orgânica” por “as causas organicas” de forma a aproximar o texto da versao original. Para o contexto português a palavra “tecdular” parece-me mais adequada que “orgânica”. Contudo ao longo do instrumento parece existir uma tentativa de distinção destas duas expressões (ver comentários das questões 3 e 20).
6	Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage	O stress mental pode causar dor lombar, mesmo na ausência de lesão tecidual.	Mental stress can cause back pain, even in the absence of tissue damage.	
7	The cause of back pain is unknown	A causa de dor lombar é desconhecida.	The cause of back pain is unknown.	

8	Unilateral physical stress is not a cause of back pain	Stress físico unilateral não é uma causa de dor lombar.	Unilateral physical stress is not a cause of back pain.	
9	Patients who have suffered back pain should avoid activities that stress the back	As pessoas com dor lombar devem evitar actividades que causem stress na região lombar.	People with back pain should avoid activities that cause stress in the lower back region.	As pessoas que tenham vindo a sofrer de dor lombar devem evitar actividades que causem stress na região lombar.  Parece-me mais próximo da versão original. Não se reporta apenas ao momento presente mas a episódios anteriores
10	Pain is a nociceptive stimulus, indicating tissue damage	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidual	Pain is a nociceptive stimulus that indicates tissue damage.	
11	A patient suffering from severe back pain will benefit from physical exercise	Uma pessoa com dor lombar severa irá beneficiar de exercício físico.	A person with severe back pain will benefit from physical exercise.	
12	Functional limitations associated with back pain are the result of psychosocial factors	As limitações funcionais associadas a dor lombar são o resultado de factores psicossociais	Functional limitations associated with low back pain are the result of psychosocial factors.	
13	The best advice for back pain is: "Take care" and "Make no unnecessary movements"	O melhor conselho para dor lombar é: "Tenha cuidado" e "Não faça movimentos desnecessários"	The best advice for back pain is: "Be careful" and "Don't make unnecessary movements".	
14	Patients with back pain should preferably practice only pain free movements	As pessoas com dor lombar devem realizar preferencialmente movimentos livres de dor.	People with low back pain should preferably do pain free movements.	Substituí a expressão "movimentos livres de dor" por "movimentos que não causem dor" – mantém o significado e parece-me uma expressão mais própria do contexto Português.  As pessoas com dor lombar devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.

15	Back pain indicates that there is something dangerously wrong with the back	A dor lombar indica que algo está gravemente errado com as costas.	Back pain indicates that something is severely wrong with your back.	
16	The way patients view their pain influences the progress of the symptoms	O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.	The way people face their pain influences the evolution of symptoms.	Substituí a palavra “encaram” por “interpretam” por me parecer mais próxima da versão original. A palavra “encarar” parece-me que está mais próxima de “how patients face something”. A palavra interpretar parece-me mais próxima de “how patients view something”
17	Therapy may have been successful even if pain remains	A terapia pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece.	Therapy may have been successful even if pain remains.	
18	Therapy can completely alleviate the functional symptoms caused by back pain	A terapia pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar.	Therapy can completely relieve the functional symptoms caused by back pain.	
19	If ADL activities cause more back pain, this is not dangerous	Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave.	If ADLs cause more pain in the back it is not serious.	Substituí a palavra “grave” por “perigoso” porque me parece mais próximo da versão original.  Se as AVD`s causam mais dor nas costas, não é perigoso
20	Back pain indicates the presence of organic injury	A dor lombar indica a presença de lesão orgânica.	Back pain indicates the presence of organic injury.	Apesar da “organic injury” se manter na retroversão, a palavra “lesão tecidual” parece-me mais adaptada ao contexto português que a expressão “lesão orgânica”  A dor lombar indica a presença de lesão tecidual.  Por outro lado a versão original do instrumento utiliza a expressão “tissue damage” na

				questões 3 e 31 – o que me leva a pensar que há uma tentativa de distinguir estes dois aspectos.
21	Sport should not be recommended for patients with back pain	Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor lombar.	Sports should not be recommended to people with back pain.	
22	If back pain increases in severity, I immediately adjust the intensity of my treatment accordingly	Se a dor nas costas aumentar em severidade, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.	If back pain increases in severity I immediately adjust the intensity of my treatment.	
23	If therapy does not result in a reduction in back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term	Se a terapia não resultar numa redução da dor lombar, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.	If therapy does not result in the reduction of back pain there is a high risk of severe long term restriction.	
24	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal functioning	A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal.	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal function.	
25	Increased pain indicates new tissue damage or the spread of existing damage	O aumento da dor indica nova lesão tecidular ou aumento da lesão existente.	Increased pain indicates new tissue damage or the increase of an existing damage.	Substituí a palavra “aumento” por “agravamento”. Embora a tradução directa seja aumento, parece-me que a ideia da versão original vista à luz do contexto português é a de agravamento.  O aumento da dor indica nova lesão tecidular ou agravamento da lesão existente.
26	It is the task of the physiotherapist to remove the cause of back pain	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor lombar.	It is the task of a physiotherapist to remove the cause of back pain.	
27	There is no effective treatment to eliminate back pain	Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor lombar.	There is no effective treatment to eliminate back pain.	
28	TENS and/or back braces support	TENS e/ou o suporte lombar permitem	TENS and/or back support allow a	Substituí “permitem uma” por “ajudam na”, por me parecer mais próximo da versão

	functional recovery	uma recuperação funcional.	functional recovery.	original.  TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional
29	Even if the pain has worsened, the intensity of the next treatment can be increased	Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada.	Even if pain worsens, the intensity of the next treatment can be increased.	
30	If patients complain of pain during exercise, I worry that damage is being caused	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, preocupo-me se uma lesão está a ser causada.	If patients complain of pain during exercise, I am concerned about causing damage.	Substituí as palavras “preocupo-me” por “receio” por me parecer mais próxima da original. E a palavra “causada” por “provocada” por me parecer que retrata melhor a ideia da versão original. Mas também não me parece problemático a palavra “causada”  Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.
31	The severity of tissue damage determines the level of pain	A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor.	The severity of tissue damage determines the level of pain.	Ver comentário da questão 20
32	A rapid resumption of daily activities is an important goal of the treatment	Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento importante.	Rapid return to daily activities is an important goal for treatment.	
33	Learning to cope with stress promotes recovery from back pain	Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor lombar.	Learning to cope with stress promotes recovery of back pain.	
34	Exercises that may be back straining should not be avoided during the treatment	Os exercícios que podem colocar as costas em carga não devem ser evitados durante o tratamento.	Exercises that may be back straining should not be avoided during treatment.	

35	In the long run, patients with back pain have a higher risk of developing spinal impairments	A longo prazo, as pessoas com dor lombar têm maior risco de desenvolver problemas na coluna.	In the long run, people with low back pain have a higher risk of developing spinal problems.	
36	In back pain, imaging tests are unnecessary	Na dor lombar, exames imagiológicos são desnecessários.	In low back pain, imaging exams are unnecessary.	

## Comentário Geral

Por favor registre qualquer comentário relativo à generalidade do conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que o guiou à tomada de decisão.

De uma forma geral as instruções parecem-me claras, bem como a informação relativa ao método de pontuação e notas. A escala de pontuação entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente” também me parece de fácil utilização.

Quanto às questões, também me parece claras, sugerindo apenas pequenos ajustes reportados directamente em cada questão.

## **Apêndice 2: Caracterização dos Elementos do Painel de Peritos**

1. **Nome:** Carmen Caeiro

2. **Profissão:** Fisioterapeuta/Docente Ensino Superior

3. **Formação Académica** (Coloque uma CRUZ à frente da opção correspondente à sua maior qualificação):

a) Bacharelato    b) Licenciatura    **X** c) Mestrado    d) Doutoramento

4. **Pós-graduações/ Formação especializada realizada:**

A frequentar PhD in Physiotherapy na Universidade de Brighton desde Outubro de 2010.

5. **Local onde exerce actualmente a profissão:** Departamento de Fisioterapia ESS-IPS

6. **Número de anos de experiência profissional:** 8 anos

7. **Número de anos de experiência específica na área em estudo (condições músculo-esqueléticas):** 4 anos

8. **Formações realizadas na área das condições músculo-esqueléticas**

2004, Fisiotroia2004, promovido pelo Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2006, Fisiotroia2006, promovido pelo Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2006, Curso de Formação "Dor Crónica Lombar", promovido pelo Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2007, Soluções Neurodinâmicas para o Quadrante Superior, promovido pelo Grupo de Interesse em Terapia Manual da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, Braga.

2007, Simpósio de Medicina e Traumatologia Desportiva, promovido pela ClínicaCuf Alvalade, Portugal.

2007, V Jornadas Luso Espanholas de Terapia Manual, promovido pelo Grupo de Interesse em Terapia Manual da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, Braga.

2008, Fisiotroia2008, promovido pelo Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2009, Seminário Explain Pain, promovido pelo Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2010, Fisiotroia2010, promovido pelo Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2011, Muskuloskeletal Seminar Evening, promovido pelo Clinical Research Centre for Health Professions, Universidade de Brighton.

## **9. Trabalhos/Apresentações realizados na área condições músculo-esqueléticas:**

### *Livros publicados/organizados ou edições*

Caeiro, Carmen S. F; Fernandes, Rita; Cruz, Eduardo. eds. 2012. *RehMove - Programa de Reabilitação para Indivíduos com Dor Lombar Crónica de Origem Não-Específica* ed. 1, ISBN: 978-989-20-3342-6. Setúbal: Carmen Caeiro.

### *Trabalhos completos/resumidos em eventos com arbitragem científica*

Caeiro, Carmen S. F; Cruz, Eduardo. 2007. "Abordagem biopsicosocial numa utente com dor cervical crónica", Trabalho apresentado em V Jornadas Luso-Espanholas de Terapia Manual. Disfunções do Quadrante Superior, In V Jornadas Luso-Espanholas de Terapia Manual. Disfunções do Quadrante Superior., Braga

*Artigos em revistas sem arbitragem científica*

Pereira, Marta; Trindade, Marlene; Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F.; Fernandes, Rita. 2009. "Relação entre os aspectos psicossociais e a incapacidade associada em utentes com dor crónica lombar", *ESSFISIONLINE* 5, 3: 26 – 38.

Caeiro, Carmen; Cruz, Eduardo; Fernandes, Rita. 2008. "Estudo de Caso - Abordagem da fisioterapia numa utente com dor crónica lombar", *ESSFISIONLINE* 4, 1: 35 - 49.

Cruz, Eduardo; Fernandes, Rita; Caeiro, Carmen S. F. 2007. "Dor Central", *ESSFISIONLINE* 3, 2: 13 - 27.

Caeiro, Carmen; Cruz, Eduardo; Fernandes, Rita. 2007. "Intervenção da fisioterapia num utente com dor cervical crónica", *ESSFISIONLINE* 3, 3: 36 - 51.

*Trabalhos completos/resumidos em eventos sem arbitragem científica*

Caeiro, Carmen S. F. 2013. "An exploration of how Portuguese individuals with non-specific chronic low back pain disorder understand and make sense of their condition - preliminary findings", Trabalho apresentado em Doctoral College PhD and Professional Doctorate Student Conference, In Doctoral College PhD and Professional Doctorate Student Conference, Eastbourne

Caeiro, Carmen S. F. 2012. "An exploration of how Portuguese individuals with non-specific chronic low back pain disorder understand and make sense of their condition", Trabalho apresentado em Doctoral College PhD and Professional Doctorate Student Conference, In Doctoral College PhD and Professional Doctorate Student Conference, Eastbourne.

Carreira, Ana R; Caeiro, Carmen S. F. 2012. "Projecto "Saber (con)viver com a dor lombar crónica" - Implementação de um programa de intervenção em grupo baseado em educação e exercício", Trabalho apresentado em Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação, In Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação. Livro de Resumos, Setúbal.

Bartolomeu, Sara; Caeiro, Carmen S. F. 2012. "Projecto "Saber (con)viver com a dor lombar crónica" - Desenvolvimento de recursos educativos", Trabalho apresentado em Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação, In Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação. Livro de Resumos, Setúbal.

Silva, Ana I; Caeiro, Carmen S. F. 2012. "Projecto "Saber (con)viver com a osteoartrose" - Implementação de um programa de intervenção em grupo baseado em educação e exercício", Trabalho apresentado em Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação, In Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação. Livro de Resumos, Setúbal.

Ferreira, Wilson; Caeiro, Carmen S. F. 2012. "Projecto "Saber (con)viver com a osteoartrose" - Implementação de um workshop na comunidade", Trabalho apresentado em Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação, In Ciclo de Debates 2012 - Projectos de Intervenção Comunitária e Investigação. Livro de resumos, Setúbal.

Caeiro, Carmen S. F. 2011. "An exploration of how Portuguese individuals with non-specific chronic low back pain disorder understand and make sense of their condition", Trabalho apresentado em PhD & Professional Doctorate Students Annual Conference 2011, In PhD & Professional Doctorate Students Annual Conference 2011, Eastbourne.

Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F; Fernandes, Rita. 2011. "A Fisioterapia na Auto-Gestão da Dor Crónica", Trabalho apresentado em Jornadas de Fisioterapia e Doença Crónica 2011, In Jornadas de Fisioterapia e Doença Crónica 2011, Beja.

Caeiro, Carmen S. F. 2010. "Os Fisioterapeutas do Futuro são Educadores", Trabalho apresentado em Fisiotroia2010, In Fisiotroia2010, Setúbal.

*Apresentação oral de trabalho*

Caeiro, Carmen S. F. An exploration of how Portuguese individuals with non-specific chronic low back pain disorder understand and make sense of their condition - Preliminary Findings, Doctoral College MPhil/ PhD and Professional Doctorate Student Conference, Eastbourne, 2013 (Comunicação).

Caeiro, Carmen S. F. An exploration of how Portuguese individuals with non-specific chronic low back pain disorder understand and make sense of their condition, Doctoral College MPhil/ PhD and Professional Doctorate Student Conference, Eastbourne, 2012 (Comunicação).

Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F; Fernandes, Rita. Programa de fisioterapia baseado na educação e no exercício para indivíduos com dor lombar crónica de origem não-específica - características e conteúdos da educação, XXXII Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia, Vilamoura, 2012 (Comunicação).

Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F; Fernandes, Rita. A Fisioterapia na Auto-Gestão da Dor Crónica, Jornadas de Fisioterapia na Doença Crónica, Beja, 2011 (Comunicação).

Caeiro, Carmen S. F. An exploration of how Portuguese individuals with non-specific chronic low back pain disorder understand and make sense of their condition, PhD & Professional Doctorate Students Annual Conference 2011, Eastbourne, 2011 (Comunicação).

Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F; Fernandes, Rita. A dor no contexto da fisioterapia, II Jornadas de Fisioterapia Musculo- Esquelética, Alcoitão, 2008 (Comunicação).

Caeiro, Carmen S. F; Cruz, Eduardo. Abordagem biopsicossocial numa utente com dor cervical crónica, V Jornadas Luso-Espanholas de Terapia Manual. Disfunções do Quadrante Superior, Braga, 2007 (Comunicação).

#### *Cursos de curta duração leccionado*

Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F; Fernandes, Rita. Programas de intervenção em utentes com dor crónica de natureza músculo-esquelética, 2012 (Extensão). Duração: 30 horas. Local: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Cidade: Setúbal, Tipo de participação: Docente.

Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F.; Fernandes, Rita. RehMove - Programa de reabilitação para indivíduos com dor crónica de natureza musculoesquelética e origem não-específica, 2012 (Extensão), promovido por Departamento de Formação do Hospital de São Teotónio. Duração: 8 horas. Local: Hospital de São Teotónio, Cidade: Viseu, Tipo de participação: Docente.

Caeiro, Carmen S. F.; Cruz, Eduardo; Fernandes, Rita. Formação para implementação de programas baseados na combinação de educação e exercício físico destinados a utentes com dor crónica lombar e osteoartrose da anca e/ou joelho, 2010 (Aperfeiçoamento), promovido por Departamento de Fisioterapia. Duração: 24 horas. Local: Instituto Politécnico de Setúbal, Cidade: Setúbal, Tipo de participação: Docente.

Caeiro, Carmen S. F. Os fisioterapeutas do futuro são educadores, 2010 (Aperfeiçoamento), promovido por Departamento de Fisioterapia. Tipo de participação: Docente.

Cruz, Eduardo; Caeiro, Carmen S. F. Intervenção da Fisioterapia em Utentes com Dor Crónica, 2008 (Aperfeiçoamento), promovido por Planycorpo, Fisioterapia Lda.. Tipo de participação: Docente.

Muito Obrigado pela sua colaboração!

- 2º PERITO

## APÊNDICE 1: SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DO PAINEL DE PERITOS

INSTRUMENTO: Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale

### INSTRUÇÕES

VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO CONSENSO 1 (Tradução para a língua portuguesa)	VERSÃO PRELIMINAR DE CONSENSO (Retrotradução para a língua inglesa)	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES
The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do <b>not</b> mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis.	Esta escala tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem efectuada pelo terapeuta, às formas mais comuns de dor lombar. <u>É excluída</u> a dor lombar resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.	The purpose of this scale is to assist in the analysis of the approach used by the PT in the most common forms of back pain. Back pain resulting from radicular syndrome, cauda equina syndrome, fracture, infection, tumor or metastasis is excluded.	Substituir “Síndrome” por “Síndrome”
It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for <b>your</b> opinion; the opinions of <b>others</b> are not relevant.	Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca de dor lombar. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor lombar. Pretendemos a <b>sua</b> opinião; as opiniões de <b>outros</b> não são relevantes.	It is not our intention to test your knowledge on back pain. We would only like to know how you approach the treatment of back pain. We want <b>your</b> opinion; opinions of others are not relevant.	



included.	algumas afirmações “duplicadas”.	been included	
-----------	----------------------------------	---------------	--

## QUESTIONÁRIO

ITENS DA VERSÃO CONSENSO 1		RETRADUTOR 1	RETRADUTOR 2	VERSÃO DE CONSENSO 2
1	Back pain sufferers should refrain from all physical activity in order to avoid injury	As pessoas com dor lombar devem evitar toda a actividade física para evitar lesão.	People with back pain should avoid all physical activity to prevent injury.	Apresenta equivalência linguística, no entanto, a introdução palavra “refrain” poderá alterar conceptualmente a frase.
2	Good posture prevents back pain	Uma boa postura previne a dor lombar.	Good posture prevents back pain.	✓
3	Knowledge of the tissue damage is not necessary for effective therapy	Uma terapia efectiva não pressupõe o conhecimento dos tecidos lesados.	An effective therapy does not imply knowledge of tissue damage.	Não apresenta equivalência linguística, mas mantém equivalência conceptual.
4	Reduction of daily physical exertion is a significant factor in treating back pain	No tratamento da dor lombar, a redução do esforço físico diário é um factor importante.	In back pain treatment reducing daily physical effort is an important factor.	Não apresenta equivalência linguística, mas mantém equivalência conceptual.
5	Not enough effort is made to find the underlying organic causes of back pain	Não é realizado um esforço suficiente para encontrar a causa orgânica subjacentes à dor lombar.	Not enough effort is made to find an organic cause underlying back pain.	Não apresenta equivalências linguística devido à alteração da frase do plural (underlying organic causes) para o singular (an organic cause underlying), o que também poderá comprometer a equivalência conceptual.  Sugiro: Não é realizado um esforço suficiente para encontrar as causas orgânicas subjacentes à dor lombar.
6	Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage	O stress mental pode causar dor lombar, mesmo na ausência de lesão tecidular.	Mental stress can cause back pain, even in the absence of tissue damage.	✓

7	The cause of back pain is unknown	A causa de dor lombar é desconhecida.	The cause of back pain is unknown.	✓
8	Unilateral physical stress is not a cause of back pain	Stress físico unilateral não é uma causa de dor lombar.	Unilateral physical stress is not a cause of back pain.	✓
9	Patients who have suffered back pain should avoid activities that stress the back	As pessoas com dor lombar devem evitar actividades que causem stress na região lombar.	People with back pain should avoid activities that cause stress in the lower back region.	A tradução do tempo verbal altera conceptualmente a frase, pois a versão de consenso refere-se a situações de dor anteriores e a tradução a situações de dor no presente.  Sugiro a tradução da questão em concordância com o tempo verbal da versão original: Pessoas que tiveram dor lombar devem evitar actividades que causem stress na região lombar.
10	Pain is a nociceptive stimulus, indicating tissue damage	A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidual	Pain is a nociceptive stimulus that indicates tissue damage.	✓
11	A patient suffering from severe back pain will benefit from physical exercise	Uma pessoa com dor lombar severa irá beneficiar de exercício físico.	A person with severe back pain will benefit from physical exercise.	Apresenta equivalência linguística e conceptual, apesar da sequência de tradução/retradução patient-pessoa-person.
12	Functional limitations associated with back pain are the result of psychosocial factors	As limitações funcionais associadas a dor lombar são o resultado de factores psicossociais	Functional limitations associated with low back pain are the result of psychosocial factors.	✓
13	The best advice for back pain is: "Take care" and "Make no unnecessary movements"	O melhor conselho para dor lombar é: "Tenha cuidado" e "Não faça movimentos desnecessários"	The best advice for back pain is: "Be careful" and "Don't make unnecessary movements".	✓
14	Patients with back pain should preferably practice only pain free movements	As pessoas com dor lombar devem realizar preferencialmente movimentos livres de	People with low back pain should preferably do pain free movements.	Apresenta equivalência linguística e conceptual, apesar da sequência de

		dor.		tradução/retradução patient-pessoa-people.
15	Back pain indicates that there is something dangerously wrong with the back	A dor lombar indica que algo está gravemente errado com as costas.	Back pain indicates that something is severely wrong with your back.	Não apresenta equivalência conceptual devido à introdução da palavra “your”.  Sugiro: Back pain indicates that something is severely wrong with the back.
16	The way patients view their pain influences the progress of the symptoms	O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.	The way people face their pain influences the evolution of symptoms.	Não apresenta equivalência linguística, no entanto, a equivalência conceptual parece ser mantida.
17	Therapy may have been successful even if pain remains	A terapia pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece.	Therapy may have been successful even if pain remains.	✓
18	Therapy can completely alleviate the functional symptoms caused by back pain	A terapia pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar.	Therapy can completely relieve the functional symptoms caused by back pain.	✓
19	If ADL activities cause more back pain, this is not dangerous	Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave.	If ADLs cause more pain in the back it is not serious.	Não apresenta equivalência linguística devido à tradução da palavra “dangerous”, ainda assim parece manter a equivalência conceptual.
20	Back pain indicates the presence of organic injury	A dor lombar indica a presença de lesão orgânica.	Back pain indicates the presence of organic injury.	✓
21	Sport should not be recommended for patients with back pain	Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor lombar.	Sports should not be recommended to people with back pain.	✓
22	If back pain increases in severity, I immediately adjust the intensity of my treatment accordingly	Se a dor nas costas aumentar em severidade, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.	If back pain increases in severity I immediately adjust the intensity of my treatment.	De modo a clarificar a tradução, sugiro a seguinte alteração à frase “Se a severidade da dor nas costas aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento”.

23	If therapy does not result in a reduction in back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term	Se a terapia não resultar numa redução da dor lombar, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.	If therapy does not result in the reduction of back pain there is a high risk of severe long term restriction.	Apresenta equivalência linguística e conceptual, ainda assim a retradução alterou uma palavra do plural para o singular (restrições-restriction).
24	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal functioning	A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal.	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal function.	✓
25	Increased pain indicates new tissue damage or the spread of existing damage	O aumento da dor indica nova lesão tecidular ou aumento da lesão existente.	Increased pain indicates new tissue damage or the increase of an existing damage.	✓
26	It is the task of the physiotherapist to remove the cause of back pain	É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor lombar.	It is the task of a physiotherapist to remove the cause of back pain.	✓
27	There is no effective treatment to eliminate back pain	Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor lombar.	There is no effective treatment to eliminate back pain.	✓
28	TENS and/or back braces support functional recovery	TENS e/ou o suporte lombar permitem uma recuperação funcional.	TENS and/or back support allow a functional recovery.	✓
29	Even if the pain has worsened, the intensity of the next treatment can be increased	Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada.	Even if pain worsens, the intensity of the next treatment can be increased.	Não apresenta equivalência linguística, devido à tradução do tempo verbal (have suffered), mas mantém a equivalência conceptual.
30	If patients complain of pain during exercise, I worry that damage is being caused	Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, preocupo-me se uma lesão está a ser causada.	If patients complain of pain during exercise, I am concerned about causing damage.	Não apresenta equivalência linguística, e conceptual devido à tradução da palavra "damage".
31	The severity of tissue damage determines the level of pain	A severidade da lesão tecidular determina o nível de dor.	The severity of tissue damage determines the level of pain.	✓
32	A rapid resumption of daily activities is an	Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento	Rapid return to daily activities is an important goal for treatment.	✓

	important goal of the treatment	importante.		
33	Learning to cope with stress promotes recovery from back pain	Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor lombar.	Learning to cope with stress promotes recovery of back pain.	✓
34	Exercises that may be back straining should not be avoided during the treatment	Os exercícios que podem colocar as costas em carga não devem ser evitados durante o tratamento.	Exercises that may be back straining should not be avoided during treatment.	A tradução da palavra “straining” altera o significado da frase, o que compromete a equivalência conceptual.  Sugiro: Os exercícios que podem colocar as costas em carga excessiva não devem ser evitados durante o tratamento.
35	In the long run, patients with back pain have a higher risk of developing spinal impairments	A longo prazo, as pessoas com dor lombar têm maior risco de desenvolver problemas na coluna.	In the long run, people with low back pain have a higher risk of developing spinal problems.	✓
36	In back pain, imaging tests are unnecessary	Na dor lombar, exames imagiológicos são desnecessários.	In low back pain, imagiology exams are unnecessary.	✓  Sugiro a confirmação da palavra “imagiology” na retradução para a língua inglesa.

## APÊNDICE XI

### Pedido de parecer do autor da escala sobre a versão de retroversão

Para Ostelo RWJG (autor PABS-PT)

8 Set 2013

Dear Sir Raymond Ostelo,

Hello again, it's Ana Sofia Rosa, the portuguese physioterapist that is translating and crosscultural adapting the PABS-PT, as my Master's Thesis.

In order to accomplish the existing Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures, I'm in need of your help so that following the Expert Committee you can give your feedback of the document that resulted from the back translation of the original version of PABS-PT. I'm sending you a document that has both versions so that you can give me your agreement in what concerns the matters of semantic and conceptual equivalence. Following the observation of the document if you have any kind of doubts or recommendations please be at will to contact me.

Yours sincerely,

Ana Rosa

## ANEXO XII

### Versão Portuguesa da PABS-PT

# Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale

## (PABS-PT)

### **INSTRUÇÕES:**

Esta escala tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem efectuada pelo terapeuta, às formas mais comuns de dor nas costas. É excluída a dor resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.

Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca da dor nas costas. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor. Pretendemos a **sua** opinião; as opiniões de **outros** não são relevantes.

### **MÉTODO DE PONTUAÇÃO:**

Indique o seu nível de concordância ou discordância com cada uma das afirmações colocando uma cruz num dos espaços.

Apresenta-se abaixo um exemplo.

Exemplo: “O exercício é melhor realizado com equipamento de exercício”

Se discorda totalmente com esta afirmação, coloque uma cruz no quadrado à esquerda:

**Discordo  
totalmente**

**Discordo  
bastante**

**Discordo  
parcialmente**

**Concordo  
parcialmente**

**Concordo  
bastante**

**Concordo  
totalmente**

### **NOTAS**

Para permitir uma análise apropriada dos dados, é essencial que dê a sua opinião em **todas as afirmações**, mesmo que sinta que podem ter sido incluídas algumas afirmações “duplicadas”.

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
1) As pessoas com dor nas costas devem evitar toda a actividade física para prevenir a lesão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Uma boa postura previne a dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Não é necessário o conhecimento dos tecidos lesados para um tratamento efectivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) No tratamento da dor nas costas, a redução do esforço físico diário é um factor importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Não é realizado um esforço suficiente para encontrar as causas orgânicas subjacentes à dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) O stress mental pode causar dor nas costas, mesmo na ausência de lesão tecidular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) A causa de dor nas costas é desconhecida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Stress físico unilateral não é uma causa de dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) As pessoas com dor nas costas devem evitar actividades que causem stress na região lombar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Uma pessoa com dor severa nas costas irá beneficiar de exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) As limitações funcionais associadas a dor nas costas são o resultado de factores psicossociais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
13) O melhor conselho para a dor nas costas é: "Tenha cuidado" e "Não faça movimentos desnecessários".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) As pessoas com dor nas costas devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) A dor indica que algo está gravemente errado com as costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) O tratamento pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) O tratamento pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) A dor nas costas indica a presença de lesão orgânica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Se a severidade da dor nas costas aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Se o tratamento não resultar numa redução da dor, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
24) A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) O agravamento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Os exercícios que podem colocar as costas em carga excessiva não devem ser evitados durante o tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) A longo prazo, as pessoas com dor nas costas têm maior risco de desenvolver problemas na coluna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Na dor nas costas os exames imagiológicos são desnecessários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## APÊNDICE XIII

### Exemplo de Carta com Pedido de Autorização às Instituições

Setúbal, 20 de Setembro de 2013

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

ESS-IPS

**Assunto:** Pedido de autorização para desenvolver Projecto de Investigação em Fisioterapia no âmbito do Mestrado em Fisioterapia, com a participação de estudante de Fisioterapia da ESS de Setúbal

O meu nome é Ana Sofia Rosa, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo-Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujos objectivos são os seguintes: identificar a orientação preferencial dos fisioterapeutas; estudar a relação entre a sua abordagem e as características sociodemográficas e profissionais; e estudar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do questionário “**Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale**” que irá ser utilizado. O presente estudo tem como orientador o Professor Eduardo Cruz e Co-orientadora a Professora Carla Pereira.

O estudo pretende avaliar as atitudes e crenças dos fisioterapeutas e/ou futuros fisioterapeutas no tipo de abordagem utilizada na prática clínica em utentes com dor lombar crónica, através da aplicação deste instrumento de 36 questões, que foi previamente adaptado para a população portuguesa de Fisioterapeutas. Tratando-se de um estudo transversal de natureza metodológica não ocorrerá qualquer tipo de interferência no plano curricular a decorrer nesta instituição. Pretende-se apenas recolher dados sobre um conjunto de variáveis demográficas e profissionais dos fisioterapeutas e registar os resultados obtidos pela aplicação do instrumento de medida referido. Através deste estudo será possível disponibilizar um novo instrumento de medida validado em português que pretende dar a conhecer as atitudes e crenças dos fisioterapeutas em relação à sua abordagem nos casos de dor lombar crónica – condição músculo-esquelética cada vez mais comum nos nossos dias. Este conhecimento é importante uma vez que, a evidência disponível sugere que, estes factores influenciam a abordagem adoptada pelos fisioterapeutas e, conseqüentemente, os resultados dos seus tratamentos. Logo, adquirir conhecimentos acerca da forma de medir e alterar as suas crenças e atitudes pode ajudar a melhorar os cuidados ao utente, sendo como tal necessário usar instrumentos de medida válidos. Por fim, ainda será possível

compreender qual a relação existente entre as diferentes características sociodemográficas e profissionais dos fisioterapeutas portuguesas e o tipo de abordagem/orientação dos fisioterapeutas.

Para esses fins, irão ser utilizados 3 questionários de auto-preenchimento (disponíveis em Anexo):

- Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional;
- ***Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale*** – Versão Portuguesa (PABS-PT);
- *Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* – Versão Portuguesa (HC-PAIRS).

Os participantes no estudo serão recrutados a partir da lista de alunos inscritos no 2º Ciclo da Licenciatura Bi-etápica em Fisioterapia e no Mestrado de Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS). Todos os elementos irão receber informações claras sobre os objetivos deste estudo e o contexto em que irá ser efetuado, mediante uma carta com o pedido de colaboração (Anexo X). É clarificada a voluntariedade da sua participação e a assegurada a garantia de que podem interromper a sua participação em qualquer altura do estudo, sem que esse facto implique qualquer constrangimento ou dano relativamente ao seu plano curricular. É igualmente assegurado pelos investigadores o anonimato da sua participação e de todos os dados recolhidos durante a execução deste estudo, através da atribuição de um número de codificação a todos os instrumentos de medida utilizados. Os indivíduos que aceitarem participar assinam o termo de consentimento informado.

O tratamento e análise de dados será realizada no software SPSS versão 21. No caso de os resultados deste estudo virem a ser publicados no futuro, nomeadamente no âmbito da apresentação do Trabalho de Projecto do Mestrado em Fisioterapia, os participantes envolvidos nunca serão identificados de forma individual. E uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

**Neste sentido, gostaria de solicitar a sua autorização para distribuir os questionários via e-mail e recolher os dados dos alunos do 2º Ciclo da Licenciatura Bi-etápica em Fisioterapia e no Mestrado de Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS).**

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a continuar a desenvolver este estudo agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Ana Sofia Rosa)

## APÊNDICE XIV

### CARACTERIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL- ESTUDANTES

1. **Idade:**  <42 anos;  ≥ 42 anos.

2. **Género:**  Feminino;  Masculino.

3. **Escola** onde está a frequentar o 4º Ano da licenciatura em Fisioterapia:

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra;

Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto;

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

4. Tem **experiência pessoal** de dor lombar/nas costas?  Não;  Sim.

5. Tem **experiência familiar** (ou outras pessoas próximas) de dor lombar/nas costas?

Não;  Sim.

## APÊNDICE XV

### CARACTERIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL- FISIOTERAPEUTAS

1. **Idade:**  <42 anos;  ≥ 42 anos.

2. **Género:**  Feminino;  Masculino.

3. **Qualificações académica(s)** que possui? *(Por favor assinale todas as que se aplicam)*

Grau		Ano de Conclusão do Curso
1. Bacharelato em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
2. Licenciatura em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
3. Licenciatura numa área relacionada;	<input type="checkbox"/>	
4. Mestre em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
5. Mestre numa área relacionada;	<input type="checkbox"/>	
6. Doutoramento em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
7. Doutoramento numa área relacionada;	<input type="checkbox"/>	

4. **Escola** onde concluiu a Licenciatura/ Bacharelato em Fisioterapia:

\_\_\_\_\_

5. **Escola** onde está a frequentar/concluir o Mestrado em Fisioterapia:

Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto;

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde;

Não se aplica.

**6. Possui formação complementar de nível pós-licenciatura (ou pós-bacharelato) na área da Fisioterapia em Condições Músculo Esqueléticas?**

Não;  Sim; Se sim, refira que formações: \_\_\_\_\_

---

**7. Situação Profissional:**

Emprego a tempo inteiro;  Emprego a *part-time*;  Desempregado.

**8. Local onde exerce:**

Público;  Privado;  Convencionado;  Misto;  Não se aplica.

**10. Número de anos de experiência profissional na área da Fisioterapia em Condições Músculo Esqueléticas?**

Menos de 1 ano;  Entre 2 a 6 anos;  Entre 6 a 10 anos;  Mais de 10 anos.

**11. Experiência com casos de dor lombar:**

Não;  Sim; Se sim, quantos anos? \_\_\_\_anos.

**12. Tem experiência pessoal de dor lombar/nas costas?**

Não;  Sim

**13. Tem experiência familiar (ou outras pessoas próximas) de dor lombar/nas costas?**

Não;  Sim

## **APÊNDICE XVI**

**Dossier Estudo 2** (versão papel)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO PHYSIOTHERAPISTS ATTITUDES AND BELIEFS  
SCALE**

Ana Sofia Rosa; Eduardo Cruz; Carla Pereira

## **DOSSIER ESTUDO 2**

Dezembro 2013

## ASSUNTO: PEDIDO DE COLABORAÇÃO

Caro(a) Colega.

O meu nome é Ana Sofia Rosa, sou estudante do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Músculo-Esqueléticas, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Actualmente estou a desenvolver a minha dissertação de final de curso, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projecto”, cujo objectivo é contribuir para a adaptação cultural e validação da escala “**Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale**” para a população portuguesa e identificar a orientação preferencial dos fisioterapeutas no tratamento dos utentes com dor lombar crónica. O estudo tem como orientador o Professor Eduardo Cruz e Co-orientadora a Professora Carla Pereira.

Considerando a sua actividade profissional enquanto fisioterapeuta, venho por este meio convidá-lo a participar neste estudo. A decisão de participar implica a aceitação mediante a assinatura do consentimento informado e o preenchimento de três questionários:

- Um questionário sócio-demográfico e profissional;
- A versão portuguesa do “**Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale**” (PABS-PT)
- A versão portuguesa do *Health Care Providers’ Pain and Impairment Relationship Scale* (HC-PAIRS-PT);

Todos estes documentos encontram-se nas páginas seguintes. O tempo estimado para o seu preenchimento é de 15 minutos.

Caso surja alguma dúvida, ou necessite de informação adicional, por favor contacte: Fisioterapeuta **Ana Rosa** através do número 914631424, ou pelo seguinte e-mail: ana\_sofia2@yahoo.com.

Certos que o seu contributo será fundamental para continuar a desenvolver este estudo agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,  
Ana Sofia Rosa

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Reconheço que os procedimentos do estudo descritos na carta anexa são claros e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Estou consciente que irei participar num estudo que pretende contribuir para a validação de um instrumento de avaliação das atitudes e crenças dos fisioterapeutas relativamente à prática clínica em utentes com dor lombar crónica – **“Physiotherapists Attitudes and Beliefs Scale”** (Versão Portuguesa).

Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, nem tem qualquer interferência com o meu desempenho académico. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

O Participante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

*Fisioterapeuta responsável pelo estudo:*

\_\_\_\_\_  
Ana Sofia Rosa

# APÊNDICE 1

## CARACTERIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL- FISIOTERAPEUTAS

1. **Idade:**  <42 anos;  ≥ 42 anos.

2. **Género:**  Feminino;  Masculino.

3. **Qualificações académica(s)** que possui? *(Por favor assinale todas as que se aplicam)*

Grau		Ano de Conclusão do Curso
1. Bacharelato em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
2. Licenciatura em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
3. Licenciatura numa área relacionada;	<input type="checkbox"/>	
4. Mestre em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
5. Mestre numa área relacionada;	<input type="checkbox"/>	
6. Doutoramento em Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
7. Doutoramento numa área relacionada;	<input type="checkbox"/>	

4. **Escola** onde concluiu a Licenciatura/ Bacharelato em Fisioterapia:

\_\_\_\_\_

5. **Escola** onde está a frequentar/concluir o Mestrado em Fisioterapia:

Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto;

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde;

Não se aplica.

6. Possui **formação complementar de nível pós-licenciatura (ou pós-bacharelato)** na área da Fisioterapia em Condições Músculo Esqueléticas?

Não;  Sim; Se sim, refira que formações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Situação Profissional:**

Emprego a tempo inteiro; Emprego a *part-time*; Desempregado.

**8. Local onde exerce:**

Público;  Privado;  Convencionado;  Misto;  Não se aplica.

**10. Número de anos de experiência profissional na área da Fisioterapia em Condições Músculo Esqueléticas?**

Menos de 1 ano; Entre 2 a 6 anos; Entre 6 a 10 anos; Mais de 10 anos.

**11. Experiência com casos de dor lombar:**

Não; Sim; Se sim, quantos anos? \_\_\_\_anos.

**12. Tem experiência pessoal de dor lombar/nas costas?**

Não; Sim

**13. Tem experiência familiar (ou outras pessoas próximas) de dor lombar/nas costas?**

Não; Sim

## APÊNDICE 2

### Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale (PABS-PT)

#### **INSTRUÇÕES:**

Esta escala tem como objectivo auxiliar na análise da abordagem efectuada pelo terapeuta, às formas mais comuns de dor nas costas. É excluída a dor resultante de um síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fractura, infecção, inflamação, tumor ou metastização.

Não é nossa intenção testar o seu conhecimento acerca da dor nas costas. Gostaríamos unicamente de saber como aborda o tratamento da dor. Pretendemos a **sua** opinião; as opiniões de **outros** não são relevantes.

#### **MÉTODO DE PONTUAÇÃO:**

Indique o seu nível de concordância ou discordância com cada uma das afirmações colocando uma cruz num dos espaços.

Apresenta-se abaixo um exemplo.

Exemplo: "O exercício é melhor realizado com equipamento de exercício"

Se discorda totalmente com esta afirmação, coloque uma cruz no quadrado à esquerda:

**Discordo  
totalmente**

**Discordo  
bastante**

**Discordo  
parcialmente**

**Concordo  
parcialmente**

**Concordo  
bastante**

**Concordo  
totalmente**

#### **NOTAS**

Para permitir uma análise apropriada dos dados, é essencial que dê a sua opinião em **todas as afirmações**, mesmo que sinta que podem ter sido incluídas algumas afirmações "duplicadas".

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
1) As pessoas com dor nas costas devem evitar toda a actividade física para prevenir a lesão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Uma boa postura previne a dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Não é necessário o conhecimento dos tecidos lesados para um tratamento efectivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) No tratamento da dor nas costas, a redução do esforço físico diário é um factor importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Não é realizado um esforço suficiente para encontrar as causas orgânicas subjacentes à dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) O stress mental pode causar dor nas costas, mesmo na ausência de lesão tecidual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) A causa de dor nas costas é desconhecida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Stress físico unilateral não é uma causa de dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) As pessoas com dor nas costas devem evitar actividades que causem stress na região lombar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Uma pessoa com dor severa nas costas irá beneficiar de exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) As limitações funcionais associadas a dor nas costas são o resultado de factores psicossociais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) O melhor conselho para a dor nas costas é: "Tenha cuidado" e "Não faça movimentos desnecessários".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
14) As pessoas com dor nas costas devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) A dor indica que algo está gravemente errado com as costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) O tratamento pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) O tratamento pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) A dor nas costas indica a presença de lesão orgânica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Se a severidade da dor nas costas aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Se o tratamento não resultar numa redução da dor, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) O agravamento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
26) É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Não existe um tratamento efectivo para eliminar a dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) A severidade da lesão tecidular determina o nível de dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Retomar rapidamente as actividades diárias é um objectivo de tratamento importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor nas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Os exercícios que podem colocar as costas em carga excessiva não devem ser evitados durante o tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) A longo prazo, as pessoas com dor nas costas têm maior risco de desenvolver problemas na coluna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Na dor nas costas os exames imagiológicos são desnecessários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# APÊNDICE 3

## HC-PAIRS

(Instrumento adaptado por Eduardo Cruz e Inês Valente  
Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Setúbal- 2005)

O seguinte questionário pretende avaliar as atitudes e crenças dos prestadores de saúde acerca dos utentes com dor lombar crónica.

Por favor assinale a sua opinião nas afirmações das páginas seguintes, utilizando um X na escala colocada abaixo de cada questão. A sua opinião reflecte a sua crença em relação à afirmação. Recorde-se de que estamos a questionar sobre doentes com DOR LOMBAR CRÓNICA (DLC)

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Discordo parcialmente
- 4- Neutro
- 5- Concordo parcialmente
- 6- Concordo
- 7- Concordo completamente

1- Apesar da dor, ainda se pode esperar, que os doentes com DLC consigam trabalhar e acarretar as suas responsabilidades familiares

1      2      3      4      5      6      7

2- Um aumento de dor é um sinal de que um doente com DLC deve parar o que está a fazer até que a dor diminua.

1      2      3      4      5      6      7

3- Os doentes com DLC não podem fazer actividades da vida diária normais, quando estão com dor.

1      2      3      4      5      6      7

4- Se a sua dor desaparecesse, os doentes com DLC, seriam tão activos quanto o eram anteriormente

1      2      3      4      5      6      7

5- Os doentes com DLC deviam ter os mesmos benefícios que os deficientes, devido ao seu problema de DLC

1      2      3      4      5      6      7

6- Os doentes com DLC devem a si próprios, e aos que os rodeiam, o facto de puderem realizar as suas actividades habituais, mesmo quando a sua dor é intensa.

1      2      3      4      5      6      7

7 -A maioria das pessoas espera demais dos doentes com DLC, sem ter em conta a sua dor.

1      2      3      4      5      6      7

8- Os doentes com DLC devem ter cautela para não fazerem nada que possa aumentar a sua dor.

1      2      3      4      5      6      7

9- Enquanto estiverem com dor, os doentes com DLC, nunca serão capazes de viver as suas vidas tão bem como viviam anteriormente.

1      2      3      4      5      6      7

10- É muito difícil para os doentes com DLC concentrarem-se em qualquer outra coisa, quando a sua dor piora

1      2      3      4      5      6      7

11- Os doentes com DLC têm de aceitar que são pessoas deficientes devido à sua dor crónica.

1      2      3      4      5      6      7

12- Não há forma de os doentes com DLC voltarem a fazer as coisas que costumavam fazer, a não ser que primeiro encontrem a cura para a sua dor.

1      2      3      4      5      6      7

13- Os doentes com DLC dão consigo, frequentemente a pensar sobre a sua dor e como esta afectou a sua vida.

1      2      3      4      5      6      7

14- Apesar da sua dor estar sempre presente, os doentes com DLC, por vezes não a sentem quando se mantêm ocupados.

1      2      3      4      5      6      7

15- Todos os problemas dos doentes com DLC estariam resolvidos se a sua dor desaparecesse.

1      2      3      4      5      6      7

Muito Obrigado pela sua participação

## **ANEXOS**

**Anexo 1:** PABS-PT – Versão Inicial de 31 itens (Ostelo et al., 2003).

**Anexo 2:** PABS-PT: Versão de 36 itens (Houben et al., 2005a).

**Anexo 3:** *Mail* de resposta do autor da escala ao pedido de autorização.

**Anexo 4:** *Mail* de resposta do autor com o parecer à retroversão da escala.

**Anexo 5:** HC-PAIRS (versão portuguesa).

**Anexo 6:** Tabela das Comunalidades da versão portuguesa da PABS-PT.

## ANEXO I

### PABS-PT – Versão Inicial de 31 itens (Ostelo et al., 2003)

# Physiotherapist Attitude and Beliefs scale (PABS)

## INITIAL VERSION

The initial version (Ostelo et al 2003) of the Pain Attitude and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS PT) is contains 31 items.

## THE PAIN ATTITUDE & BELIEFS SCALE FOR PHYSIOTHERAPISTS (INITIAL VERSION)

- (1) Back pain sufferers should refrain from all physical activity in order to avoid injury
- (2) Good posture prevents back pain
- (3) Knowledge of the tissue damage is not necessary for effective therapy
- (4) Reduction of daily physical exertion is a significant factor in treating back pain
- (5) Not enough effort is made to find the underlying organic causes of back pain
- (6) Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage
- (7) The cause of back pain is unknown
- (8) Unilateral physical stress is not a cause of back pain
- (9) Patients who have suffered back pain should avoid activities that stress the back
- (10) Pain is a nociceptive stimulus, indicating tissue damage
- (11) A patient suffering from severe back pain will benefit from physical exercise
- (12) Functional limitations associated with back pain are the result of psychosocial factors
- (13) The best advice for back pain is: 'Take care' and 'Make no unnecessary movements'
- (14) Patients with back pain should preferably practice only pain free movements
- (15) Back pain indicates that there is something dangerously wrong with the back
- (16) The way patients view their pain influences the progress of the symptoms
- (17) Therapy may have been successful even if pain remains

- (18) Therapy can completely alleviate the functional symptoms caused by back pain
- (19) If ADL activities cause more back pain, this is not dangerous
- (20) Back pain indicates the presence of organic injury
- (21) Sport should not be recommended for patients with back pain
- (22) If back pain increases in severity, I immediately adjust the intensity of my treatment accordingly
- (23) If therapy does not result in a reduction in back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term
- (24) Pain reduction is a precondition for the restoration of normal functioning
- (25) Increased pain indicates new tissue damage or the spread of existing damage
- (26) It is the task of the physiotherapist to remove the cause of back pain
- (27) There is no effective treatment to eliminate back pain
- (28) TENS and/or back braces support functional recovery
- (29) Even if the pain has worsened, the intensity of the next treatment can be increased
- (30) If patients complain of pain during exercise, I worry that damage is being caused
- (31) The severity of tissue damage determines the level of pain

**Instructions for respondents:**

The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do not mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis. It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for your opinion; the opinions of others are not relevant.

We would like you to indicate the level to which you agree or disagree with each statement. 1='totally disagree', 2='largely disagree', 3='disagree to some extent', 4='agree to some extent', 5='largely agree', and 6='totally agree'.

## ANEXO II

PABS-PT: Versão de 36 itens (Houben et al., 2005a)

# Physiotherapist Attitude and Beliefs scale (PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

### INSTRUCTIONS:

---

The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do **not** mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis.

It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for **your** opinion; the opinions of **others** are not relevant.

---

**Scoring method:**

We would like you to indicate the level to which you agree or disagree with each statement by placing a cross in one of the boxes.

An example is shown below.

Example: “Exercise is best carried out using exercise equipment”

If you totally disagree with this statement, put a cross in the left-hand box:

Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Note**

To allow proper analysis of the data, it is essential that you give your opinion on **all the statements**, even if you feel that some “double” statements may have been included.





	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
32) A rapid resumption of daily activities is an important goal of the treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Learning to cope with stress promotes recovery from back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Exercises that may be back straining should not be avoided during the treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) In the long run, patients with back pain have a higher risk of developing spinal impairments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) In back pain, imaging tests are unnecessary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree

## ANEXO III

### ***Mail de resposta do autor da escala ao pedido de autorização***

**Ostelo, R.**

19 Set 2012

Dear Ana Rosa,

Interesting to find out that you have plans translating this scale into Portuguese.

As the scale is published in the public domain you can certainly translate this and start your research project.

If I am can be of any help please let me know!

Best wishes and good luck!

Raymond Ostelo

---

*Raymond Ostelo PhD*

*Associate Professor Evidence Based Medicine in Musculoskeletal Health*

*Programme Coordinator Research Master Life Style & Chronic Disorders*

*EMGO Institute, VU University Medical Centre & Department of Health Sciences, VU University*

*van der Boechorststraat 7*

*1081 BT Amsterdam*

*Phone : +31 20 4448149*

*Fax : +31 20 4446775*

*[http://www.emgo.nl/personal\\_pages/profile/index.asp?id=260&page=1](http://www.emgo.nl/personal_pages/profile/index.asp?id=260&page=1)*

*[www.falw.vu.nl](http://www.falw.vu.nl)*

*[www.emgo.nl](http://www.emgo.nl)*

*<http://www.falw.vu.nl/nl/opleidingen/masteropleidingen/lifestyle-and-chronic-disorders/index.asp>*

## ANEXO IV

### ***Mail de resposta do autor com o parecer à retroversão da escala***

**Ostelo, RWJG**

14 Out 2013

Dear Ana Rosa,

Thanks for your reminder, and sorry for my late re[ply].

PLEASE find my comments (only small and minor) in the attached document.

Overall I think you have done a great job and it looks good!!

Best wishes

Raymond

Raymond Ostelo, PhD

Professor of Evidence-Based Physiotherapy

Dept of Health Sciences (VU University) & Dept of Epidemiology and Biostatistics (VU University Medical Centre)

EMGO Institute for Health and Care Research

Postal address:

Dept of Epidemiology and Biostatistics (VU University Medical Centre)

Van der Boechorststraat 7

1081 BT, Amsterdam

The Netherlands

Phone: + 31 (0)20 4448149

@ mail: [r.ostelo@vumc.nl](mailto:r.ostelo@vumc.nl)

Personal page: [Raymond Ostelo](#)

<

## Physiotherapist Attitude and Beliefs Scale (PABS)

### BACK TRANSLATION CONSENSE

#### INSTRUCTIONS

ORIGINAL VERSION	BACK TRANSLATION
<p>The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do <b>not</b> mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis.</p>	<p>The purpose of this scale is to assist in the analysis of the approach used by the PT in the most common forms of back pain. Back pain resulting from radicular syndrome, cauda equina syndrome, fracture, infection, tumor or metastasis is excluded.</p>
<p>It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for <b>your</b> opinion; the opinions of <b>others</b> are not relevant.</p>	<p>It is not our intention to test your knowledge on back pain. We would only like to know how you approach the treatment of back pain. We want <b>your</b> opinion; opinions of others are not relevant.</p>

#### SCORING METHOD

ORIGINAL VERSION	BACK TRANSLATION
<p>We would like you to indicate the level to which you agree or disagree with each statement by placing a cross in one of the boxes.</p> <p>An example is shown below.</p>	<p>Please, indicate the level to which you agree or disagree with each statement by placing a cross in one of the boxes.</p> <p>An example is presented below.</p>
<p><u>Example:</u> "Exercise is best carried out using</p>	<p>Example: "Exercise is best performed with exercise</p>

exercise equipment”

If you totally disagree with this statement, put a cross in the left-hand box:

Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

equipment”.

If you totally disagree with this statement, check the square on the left.

Totally disagree	Mostly disagree	Partially disagree	Partially agree	Mostly agree	Totally agree
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOTE**

ORIGINAL VERSION		BACK TRANSLATION	
To allow proper analysis of the data, it is essential that you give your opinion on <b>all the statements</b> , even if you feel that some “double” statements may have been included.		To allow a proper data analysis, it is essential that you give your opinion on <b>all statements</b> even if you feel that some “duplicate” statements may have been included.	
ORIGINAL VERSION		BACK TRANSLATION	
1	Back pain sufferers should refrain from all physical activity in order to avoid injury	1	People with back pain should avoid all physical activity to prevent injury.
2	Good posture prevents back pain	2	Good posture prevents back pain.
3	Knowledge of the tissue damage is not necessary for effective therapy	3	An effective therapy does not imply knowledge of tissue damage.
4	Reduction of daily physical exertion is a significant factor in treating back pain	4	In back pain treatment reducing daily physical effort is an important factor.
5	Not enough effort is made to find the underlying organic causes of back pain	5	Not enough effort is made to find an organic cause underlying back pain.
6	Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage	6	Mental stress can cause back pain, even in the absence of tissue damage.
7	The cause of back pain is unknown	7	The cause of back pain is unknown.
8	Unilateral physical stress is not a cause of back pain	8	Unilateral physical stress is not a cause of back pain.
9	Patients who have suffered back pain should avoid activities that stress the back	9	People with back pain should avoid activities that cause stress in the lower back region.
10	Pain is a nociceptive stimulus, indicating	10	Pain is a nociceptive stimulus that indicates tissue

**Comment [1]:** You consequently use people and not patients. I have no problems with that

	tissue damage	damage.
11	A patient suffering from severe back pain will benefit from physical exercise	A person with severe back pain will benefit from physical exercise.
12	Functional limitations associated with back pain are the result of psychosocial factors	Functional limitations associated with low back pain are the result of psychosocial factors.
13	The best advice for back pain is: "Take care" and "Make no unnecessary movements"	The best advice for back pain is: "Be careful" and "Don't make unnecessary movements".
14	Patients with back pain should preferably practice only pain free movements	People with low back pain should preferably do pain free movements.
15	Back pain indicates that there is something dangerously wrong with the back	Back pain indicates that something is severely wrong with your back.
16	The way patients view their pain influences the progress of the symptoms	The way people face their pain influences the evolution of symptoms.
17	Therapy may have been successful even if pain remains	Therapy may have been successful even if pain remains.
18	Therapy can completely alleviate the functional symptoms caused by back pain	Therapy can completely relieve the functional symptoms caused by back pain.
19	If ADL activities cause more back pain, this is not dangerous	If ADLs cause more pain in the back it is not serious.
20	Back pain indicates the presence of organic injury	Back pain indicates the presence of organic injury.

**Comment [2]:** I am not too sure if this means something different than TAKE CARE?

**Comment [3]:** Has this the same meaning as DANGEROUS?

**Comment [4]:** Same question. SERIOUS vs DANGEROUS

21	Sport should not be recommended for patients with back pain	Sports should not be recommended to people with back pain.
22	If back pain increases in severity, I immediately adjust the intensity of my treatment accordingly	If back pain increases in severity I immediately adjust the intensity of my treatment.
23	If therapy does not result in a reduction in back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term	If therapy does not result in the reduction of back pain there is a high risk of severe long term restriction.
24	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal functioning	Pain reduction is a precondition for the restoration of normal function.
25	Increased pain indicates new tissue damage	Increased pain indicates new tissue damage or the

	or the spread of existing damage	increase of an existing damage.
26	It is the task of the physiotherapist to remove the cause of back pain	It is the task of a physiotherapist to remove the cause of back pain.
27	There is no effective treatment to eliminate back pain	There is no effective treatment to eliminate back pain.
28	TENS and/or back braces support functional recovery	TENS and/or back support allow a functional recovery.
29	Even if the pain has worsened, the intensity of the next treatment can be increased	Even if pain worsens, the intensity of the next treatment can be increased.
30	If patients complain of pain during exercise, I worry that damage is being caused	If patients complain of pain during exercise, I am concerned about causing damage.
31	The severity of tissue damage determines the level of pain	The severity of tissue damage determines the level of pain.
32	A rapid resumption of daily activities is an important goal of the treatment	Rapid return to daily activities is an important goal for treatment.
33	Learning to cope with stress promotes recovery from back pain	Learning to cope with stress promotes recovery of back pain.
34	Exercises that may be back straining should not be avoided during the treatment	Exercises that may be back straining should not be avoided during treatment.
35	In the long run, patients with back pain have a higher risk of developing spinal impairments	In the long run, people with low back pain have a higher risk of developing spinal problems.
36	In back pain, imaging tests are unnecessary	In low back pain, imagiology exams are unnecessary.

**Comment [5]:** Here you use PATIENTS and not PEOPLE.

**Comment [6]:** To me that sounds like a funny term...

## ANEXO V

### HC-PAIRS (versão portuguesa)

O seguinte questionário pretende avaliar as atitudes e crenças dos prestadores de saúde acerca dos utentes com dor lombar crónica.

Por favor assinale a sua opinião nas afirmações das páginas seguintes, utilizando um X na escala colocada abaixo de cada questão. A sua opinião reflecte a sua crença em relação à afirmação.

Recorde-se de que estamos a questionar sobre doentes com DOR LOMBAR CRÓNICA (DLC)

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Discordo parcialmente
- 4- Neutro
- 5- Concordo parcialmente
- 6- Concordo
- 7- Concordo completamente

1- Apesar da dor, ainda se pode esperar, que os doentes com DLC consigam trabalhar e acarretar as suas responsabilidades familiares

1            2            3            4            5            6            7

2- Um aumento de dor é um sinal de que um doente com DLC deve parar o que está a fazer até que a dor diminua.

1            2            3            4            5            6            7

3- Os doentes com DLC não podem fazer actividades da vida diária normais, quando estão com dor.

1            2            3            4            5            6            7

4- Se a sua dor desaparecesse, os doentes com DLC, seriam tão activos quanto o eram anteriormente

1            2            3            4            5            6            7

5- Os doentes com DLC deviam ter os mesmos benefícios que os deficientes, devido ao seu problema de DLC

1            2            3            4            5            6            7

6- Os doentes com DLC devem a si próprios, e aos que os rodeiam, o facto de puderem realizar as suas actividades habituais, mesmo quando a sua dor é intensa.

1            2            3            4            5            6            7

7 -A maioria das pessoas espera demais dos doentes com DLC, sem ter em conta a sua dor.

1            2            3            4            5            6            7

8- Os doentes com DLC devem ter cautela para não fazerem nada que possa aumentar a sua dor.

1            2            3            4            5            6            7

9- Enquanto estiverem com dor, os doentes com DLC, nunca serão capazes de viver as suas vidas tão bem como viviam anteriormente.

1            2            3            4            5            6            7

10- É muito difícil para os doentes com DLC concentrarem-se em qualquer outra coisa, quando a sua dor piora

1            2            3            4            5            6            7

11- Os doentes com DLC têm de aceitar que são pessoas deficientes devido à sua dor crónica.

1            2            3            4            5            6            7

12- Não há forma de os doentes com DLC voltarem a fazer as coisas que costumavam fazer, a não ser que primeiro encontrem a cura para a sua dor.

1            2            3            4            5            6            7

13- Os doentes com DLC dão consigo, frequentemente a pensar sobre a sua dor e como esta afectou a sua vida.

1            2            3            4            5            6            7

14- Apesar da sua dor estar sempre presente, os doentes com DLC, por vezes não a sentem quando se mantêm ocupados.

1            2            3            4            5            6            7

15- Todos os problemas dos doentes com DLC estariam resolvidos se a sua dor desaparecesse.

1            2            3            4            5            6            7

Muito Obrigado pela sua participação

## ANEXO VI

### Tabela das Comunalidades da versão portuguesa da PABS-PT

Itens	Inicial	Extração
1) As pessoas com dor nas costas devem evitar toda a atividade física para prevenir a lesão.	1,000	,630
2) Uma boa postura previne a dor nas costas.	1,000	,687
3) Não é necessário o conhecimento dos tecidos lesados para um tratamento efetivo.	1,000	,633
4) No tratamento da dor nas costas, a redução do esforço físico diário é um fator importante.	1,000	,589
5) Não é realizado um esforço suficiente para encontrar as causas orgânicas subjacente à dor nas costas.	1,000	,644
6) O stress mental pode causar dor nas costas, mesmo na ausência de lesão tecidual.	1,000	,638
7) A causa da dor nas costas é desconhecida.	1,000	,660
8) Stress físico unilateral não é uma causa de dor nas costas.	1,000	,751
9) As pessoas com dor nas costas devem evitar atividades que causem stress na região lombar.	1,000	,628
10) A dor é um estímulo nociceptivo que indica lesão tecidual.	1,000	,514
11) Uma pessoa com dor severa nas costas irá beneficiar de exercício físico.	1,000	,600
12) As limitações funcionais associadas a dor nas costas são o resultado de fatores psicossociais.	1,000	,642
13) O melhor conselho para a dor nas costas é: “Tenha cuidado” e “Não faça movimentos desnecessários”.	1,000	,566
14) As pessoas com dor nas costas devem realizar preferencialmente movimentos que não causem dor.	1,000	,596
15) A dor indica que algo está gravemente errado com as costas.	1,000	,593
16) O modo como as pessoas encaram a sua dor influencia a evolução dos sintomas.	1,000	,621
17) O tratamento pode ter tido sucesso mesmo quando a dor permanece.	1,000	,531
18) O tratamento pode aliviar completamente os sintomas funcionais causados pela dor lombar.	1,000	,707
19) Se as AVD's causam mais dor nas costas, não é grave.	1,000	,588
20) A dor nas costas indica a presença de lesão orgânica.	1,000	,549
21) Não se deve recomendar desporto a pessoas com dor nas costas.	1,000	,561
22) Se a severidade da dor nas costas aumentar, eu ajusto imediatamente a intensidade do meu tratamento.	1,000	,622
23) Se o tratamento não resultar numa redução da dor, existe um risco elevado de restrições severas a longo prazo.	1,000	,575
24) A redução da dor é uma pré-condição para a recuperação da função normal.	1,000	,657
25) O agravamento da dor indica nova lesão tecidual ou aumento da lesão existente.	1,000	,710
26) É uma tarefa do fisioterapeuta remover a causa da dor nas costas.	1,000	,555
27) Não existe um tratamento efetivo para eliminar a dor nas costas.	1,000	,619
28) TENS e/ou o suporte lombar ajudam na recuperação funcional.	1,000	,687
29) Mesmo que a dor agrave, a intensidade do tratamento seguinte pode ser aumentada.	1,000	,621

30) Se os utentes se queixarem de dor durante o exercício, receio que uma lesão esteja a ser provocada.	1,000	,563
31) A severidade da lesão tecidual determina o nível de dor.	1,000	,578
32) Retomar rapidamente as atividades diárias é um objetivo de tratamento importante.	1,000	,668
33) Aprender a gerir o stress promove a recuperação da dor nas costas.	1,000	,705
34) Os exercícios que podem colocar as costas em carga excessiva não devem ser evitados durante o tratamento.	1,000	,625
35) A longo prazo, as pessoas com dor nas costas têm maior risco de desenvolver problemas na coluna .	1,000	,532
36) Na dor nas costas, exames imagiológicos são desnecessários.	1,000	,536