

CURSO DE FISIOTERAPIA
Seminário de Monografia I e II
2007/2008 – 4º Ano

**Monografia Final
de Curso**

**Adaptação cultural e linguística
e contributo para a validação da
versão portuguesa do questionário
Scoliosis Research Society-22r
(SRS-22r)**

Trabalho Realizado por:

Cátia Sofia Vieira da Silva – 200490790

Orientado por:

Professora Lia Jacobsohn

Barcarena, 10 de Novembro de 2008

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos à professora Lia Jacobsohn, pela sua perspicaz orientação; ao Dr. Joaquim Sancho e à Fisioterapeuta Laura Sá Torres, pela sua incansável colaboração no estudo e contributo para os “retoques” finais do trabalho; às simpáticas e sempre prestáveis, Dra. Elsa Marques e Dra. Fernanda Filipe, assim como ao Dr. Miguel Ferreira, pela sua preciosa ajuda na recolha da amostra para estudo; ao Hospital Curry Cabral, especificamente ao Serviço de Medicina e Reabilitação Física, secretárias e pessoal auxiliar de acção médica que durante quase três meses me ajudaram na prossecução dos meus objectivos; aos Fisioterapeutas, Sónia Bárcia, Maria da Lapa Rosado, Ana Santos, Eduardo Cruz e José Novo, fontes de informação para a realização deste trabalho e participantes activos em alguns dos processos envolvidos no mesmo; Paula Vassalo e Marina Martins imprescindíveis no proémio do trabalho.

Agradeço também aos meus queridos amigos, João Pereira e Renata Domingos pela sua amizade e suporte em momentos de dúvida e ao meu namorado, Marco Vintém, pelo seu carinho nos momentos mais atribulados e contributo para um trabalho consistente.

Por fim agradeço aos meus pais, pois sem eles nada disto seria possível. À minha mãe, pela sua amizade, carinho e compreensão em todos os momentos e ao meu pai, que me faz querer mais e melhor e que mais do que ninguém acredita em mim.

Índice Geral

1. Resumo	IV
1.1. Palavras-Chave:.....	IV
2. Introdução.....	1
3. Enquadramento Teórico	3
3.1. Definição da Escoliose	3
3.2. Classificação da Escoliose.....	4
3.3. Hipóteses etiopatogénicas da EI.....	8
3.4. Abordagens de Intervenção	11
3.5. Impacto da Escoliose na Qualidade de Vida.....	18
3.6. Medidas de Qualidade de Vida em doentes com Escoliose	24
4. Metodologia	25
4.1. Desenho de estudo	25
4.2. Objectivos.....	25
4.3. Amostra	26
4.4. Caracterização do SRS-22r	27
4.5. Procedimentos	29
5. Resultados e Discussão	35
6. Conclusão.....	47
7. Referências Bibliográficas	49
8. Apêndices.....	53
9. Anexos.....	118

Índice de Quadros, Gráficos e Figuras

Quadro 1.....	5
Figura 1.....	11
Figura 2.....	15
Figura 3.....	16
Figura 4.....	29
Gráfico 1.....	35
Gráfico 2.....	36
Tabela 1.....	38
Tabela 2.....	38
Tabela 3.....	39
Tabela 4.....	40
Tabela 5.....	41
Tabela 6.....	42
Tabela 7.....	43
Tabela 8.....	43
Tabela 9.....	44
Tabela 10.....	44
Tabela 11.....	45
Tabela 12.....	45

1. Resumo

Problema: Sendo a Escoliose uma patologia com grave impacto na qualidade de vida dos indivíduos, torna-se necessário adaptar e validar o instrumento que nessa área se apresenta mais actual e consensual.

Objectivos: Adaptar transculturalmente e contribuir para a validação da versão portuguesa do *Scoliosis Research Society-22r* (SRS-22r), através do processo de tradução e verificação da validade de conteúdo, reprodutibilidade, consistência interna e validade concomitante.

Metodologia: O processo de adaptação transcultural foi realizado de acordo com as *guidelines* do *European Group on Health Outcomes* e incluiu duas traduções e duas retroversões. Um painel de peritos analisou a validade de conteúdo da versão portuguesa do SRS-22r. Esta foi administrada a 100 doentes com Escoliose Idiopática. A reprodutibilidade obteve-se através do coeficiente de *Pearson*, a consistência interna através do alfa de *Cronbach* e a validade concomitante através da correlação entre o SRS-22r e o SF-36v2 verificada pelo coeficiente de *Pearson*.

Resultados: A validade de conteúdo apresentou um elevado nível de consenso. Obteve-se uma correlação de *Pearson* de 0,77 para a reprodutibilidade. A consistência interna apresentou um valor $\alpha = 0,78$ e para a validade concomitante a correlação verificou-se positiva e estatisticamente significativa ($p=0,01$), excepto para o domínio da satisfação.

Conclusões: A versão final portuguesa do SRS-22r, na amostra utilizada, possui bons índices de validade de conteúdo, reprodutibilidade, consistência interna e validade concomitante. Este instrumento válido e fiável fica disponível para ser utilizado na prática clínica.

1.1. **Palavras-Chave:** Escoliose, SRS22r, qualidade de vida, adaptação, instrumento de avaliação.

2. Introdução

A realização deste trabalho surge no âmbito da disciplina de Seminário de Monografia, inserida na Licenciatura Biotápica de Fisioterapia da Universidade Atlântica e tem como tema a adaptação transcultural e validação de um instrumento de avaliação.

O instrumento em estudo é um questionário de avaliação da qualidade de vida em doentes com Escoliose Idiopática, uma condição clínica com grave impacto nas várias dimensões que constituem o indivíduo (biopsicossocial) e com consequente manifestação na sua qualidade de vida. Por esse motivo torna-se necessário adaptar e validar o instrumento que nessa área se apresenta como o mais actual e consensual e nesse caso falamos do *Scoliosis Research Society-22r* (SRS-22r).

Assim como o SRS-22r, a maioria dos instrumentos que avaliam qualidade de vida são originalmente desenvolvidos em língua inglesa e aí reside a necessidade óbvia de adaptar essas ferramentas para o seu uso em países que não tenham como língua principal o inglês. Nesta medida é essencial que o método de adaptação seja adequado, de forma a assegurar a equivalência entre versões (Bago, Climent, Ey, Perez-Grueso, & Izquierdo, 2004).

Devido às diferenças culturais e linguísticas, uma simples tradução não seria suficiente para atingir essa equivalência uma vez que, a percepção de qualidade de vida e a forma como a condição clínica se mostra, variam de cultura para cultura. Por esse motivo, surge a pretensão de realizar a adaptação transcultural e validação do questionário SRS-22r para a língua portuguesa de forma criteriosa, baseada nas *guidelines* apresentadas pelo *European Group on Health Outcomes* (ERGHO) e descritas por Ferreira e Marques (1998).

Assim sendo, os objectivos deste trabalho são:

- adaptar cultural e linguisticamente o SRS-22r (construído originalmente em língua inglesa e para a cultura norte-americana) para a língua e cultura portuguesas, através do processo de tradução e verificação da validade de conteúdo;
- contribuir para a validação do questionário SRS-22r, através da verificação da reprodutibilidade teste-reteste, consistência interna e validade concomitante.

A realização deste trabalho torna-se relevante pois, seguidos os critérios de avaliação de instrumentos de medição estabelecidos, o SRS-22r poderá ser reconhecido e utilizado pela comunidade científica, pelos prestadores de cuidados em saúde e pelos políticos da saúde em Portugal. A utilização desta ferramenta específica de avaliação, validada e adaptada à população/realidade portuguesa, vem facilitar a comparação de resultados entre as diferentes formas de intervenção na Escoliose, permitindo assim informar o paciente acerca dos possíveis efeitos da intervenção, auxiliar na escolha de um tratamento e permitir aos profissionais de saúde explorar muitas áreas de interesse como a percepção do doente em relação à sua doença e satisfação com o tratamento (Cheung, Senkoylu, Alanay, Genc, Lau, & Luk, 2007).

Para uma melhor compreensão de todo o trabalho, importa enquadrá-lo teoricamente, centrando-o primeiramente nas perspectivas teóricas, conceitos e estudos pertinentes que apoiam a problemática de estudo, dividindo-o em seis pontos: Definição da Escoliose, Classificação da Escoliose, Hipóteses etiopatogénicas da Escoliose Idiopática, Abordagens de Intervenção, Impacto da Escoliose na Qualidade de Vida, e Medidas de Qualidade de Vida em doentes com Escoliose.

Seguidamente é apresentada a Metodologia de estudo, os Resultados do mesmo e a sua Discussão. O trabalho encerra com a Conclusão, onde serão salientados os pontos mais relevantes do estudo, a sua relação com os objectivos do trabalho, as respostas fornecidas às interrogações previamente levantadas, sendo ainda feita uma reflexão crítica do estudo.

3. Enquadramento Teórico

3.1. Definição da Escoliose

A palavra “Escoliose” vem do grego *scolios* que significa “torto”. A Escoliose é definida como uma deformidade tri-dimensional complexa da coluna vertebral, que afecta tanto o plano frontal, como o sagital e o axial, causando alterações estruturais que podem ocorrer em todos os segmentos vertebrais. Esta deformidade quando vista do plano frontal, exhibe um desvio lateral parcialmente fixo com deformação dos corpos vertebrais. No plano axial, a rotação das vértebras sobre o seu próprio eixo é observada perto do ápex da Escoliose. Já no plano sagital as curvas fisiológicas (cifose dorsal e lordose lombar) estão alteradas e o aumento ou diminuição nas mesmas é visível, dependendo do padrão de curva em questão (Harms, 2007).

Numa fase inicial a Escoliose pode não causar qualquer sintoma ou revelar qualquer sinal, pelo que esta doença é frequentemente descoberta por mero acaso. Num estado avançado da deformação vertebral podemos observar:

- desalinhamento dos processos espinhosos em relação à vertical;
- ombros desnivelados;
- na face posterior do dorso, saliência da grelha costal do lado convexo da Escoliose devido à rotação das vértebras (formação de gibosidade);
- “cavidade” criada pela grelha costal do lado concavo da curva escoliótica, também resultante da rotação das vértebras;
- saliência lombar na Escoliose lombar causada pela proclividade dos músculos paravertebrais no lado convexo da curva;
- triângulo da cintura assimétrico;
- cabeça inclinada;
- tronco inclinado lateralmente;
- algias localizadas na coluna;
- deformação da grelha costal (num estado avançado pode resultar em compressão do coração e dos pulmões, potencializando uma grave redução da função cardiovascular e respiratória);

- alterações degenerativas nos segmentos vertebrais afectados;
- redução na capacidade de performance das actividades da vida diária;
- diminuição da qualidade de vida (Harms, 2007).

3.2. Classificação da Escoliose

A Escoliose pode ser classificada de variadas formas, nomeadamente quanto ao seu tipo, etiologia e localização (Dalton, 2006).

3.2.1. Tipo

Quanto ao tipo, a Escoliose pode ser estrutural ou não-estrutural, também designada de compensatória. As curvas que se mantêm durante os movimentos de flexão do tronco, inclinação e rotação, consideram-se estruturais ou fixas, ao passo que as curvaturas da coluna que não permanecem após qualquer um desses movimentos são geralmente referidas como não-estruturais. Uma Escoliose não-estrutural é maioritariamente vista em casos de doença postural, como por exemplo, nos casos de assimetria dos membros inferiores (Dalton, 2006).

3.2.2. Etiologia

Quanto à sua etiologia, a Escoliose pode ser considerada congénita, pós-traumática, tumoral, infecciosa, associada a uma doença neuromuscular ou síndrome polimalformativo, metabólica, do tecido conjuntivo, entre outras (Quadro 1) (Lonstein, Bradford, Winter, Ogilvie, 1995).

<p>ESCOLIOSE ESTRUTURAL</p> <p>NEUROMUSCULAR</p> <p>Neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurónio motor superior <ul style="list-style-type: none"> Paralisia Cerebral Degenerescência espino-cerebelosa Seringomielia Tumor/Trauma medular - Neurónio motor inferior <ul style="list-style-type: none"> Mielite vírica Trauma Atrofia muscular medular Mielomeningocele - Disautonomia <p>Muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artrogripose - Distrofia muscular - Hipotonia congénita <p>CONGÉNITA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defeito na formação (vértebra em cunha, hemivértebra) - Defeito na segmentação (barra uni/bilateral) - Mistas <p>NEUROFIBROMATOSE</p> <p>DOENÇAS DO COLAGÉNIO</p>	<p>DOENÇAS REUMATOLÓGICAS</p> <p>TRAUMÁTICA (fractura, pós-cirúrgica, radica)</p> <p>CONTRACTURAS EXTRAMEDULARES (epiema, queimaduras)</p> <p>OSTEOCONDRODISTROFIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nanismo - Mucopolissacaridoses - Acondroplastia - Outras displasias <p>INFECÇÃO ÓSSEA</p> <p>DOENÇA METABÓLICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raquitismo - Osteogénese imperfeita - Outras <p>ALTERAÇÕES DA ARTICULAÇÃO</p> <p>LOMBOSSAGRADA</p> <p>TUMORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coluna vertebral - Medular <p>ESCOLIOSE NÃO-POSTURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postural - Histérica - Irritação das raízes nervosas (hérnia discal, tumores) - Dismetria dos membros inferiores
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 1 – Classificação das Escolioses (Lonstein et al., 1995).

Por fim, pode ainda ser idiopática (do Grego: *idios* = próprio/a, *pathos* = sofrimento, doença) representando 80-90% de todas as Escolioses (Harms, 2007).

O termo Escoliose Idiopática (EI), descrito inicialmente por Hipócrates, foi introduzido em meados do século XIX por Bauer, usado por Nathan em 1909, definido por Whitman em 1922, incluído por Cobb na sua classificação, e popularizado pela *Scoliosis Research Society* (Harms, 2007; Lowe, Edgar, Margulies, Miller, Raso, Reinker, et al., 2000).

A EI é uma doença crónica e de causa desconhecida, apresentando-se através de uma ou mais curvaturas da coluna vertebral com ângulo de Cobb igual ou superior a 10º, em cerca de 2 a 2,5% da população, ocorrendo em indivíduos saudáveis e neurologicamente normais. A prevalência maior que 9,2% foi confirmada, embora

somente 0,23% necessite de tratamento. Em 85% ou mais dos casos, a EI desenvolve-se durante a adolescência (Asher & Burton, 2006).

A prevalência de curvas com ângulo superior a 20° está entre os 0,3 e 0,5%, enquanto que curvaturas superiores a 40° são encontradas em menos de 0,1% da população. A causa para as diferenças encontradas entre populações específicas parece dever-se a factores genéticos, contudo, é possível que os factores ambientais estejam também envolvidos (Asher & Burton, 2006).

A prevalência depende muito da amplitude das curvas, sendo considerada na razão inversa da amplitude da curva, isto é, diminuiu à medida que aumenta o grau da curvatura (por exemplo, 4,5% para curvas de 6° ou mais, para apenas 0,29% para curvas com 21° ou mais). É também muito dependente do sexo, apresentando igual percentagem para curvas entre os 6-10°, enquanto que para curvas de 21° ou mais, a proporção é de 5,4 raparigas para 1 rapaz (Asher & Burton, 2006).

A incidência, por ano de nascimento, de tratamento utilizando ortótese correctiva ou cirurgia, é notavelmente estável, apresentando uma média de 0,26% (intervalo entre 0,14-0,43%) durante 23 anos, num período entre 1955 a 1977. O rácio entre raparigas e rapazes nestas séries de tratamento foi de 7 para 1, respectivamente. No entanto, de uma forma geral, esta condição clínica afecta as raparigas 4 vezes mais que os rapazes. Em relação ao rácio de doentes tratados com ortóteses correctivas (também denominadas de coletes ou talas), pensa-se que apenas aproximadamente 0,1% destes terá garantida a cirurgia (Asher & Burton, 2006).

Em relação à idade de diagnóstico da EI, esta pode ser subdividida em 3 grupos:

- infantil, antes dos 3 anos;
- juvenil, dos 5 aos 9 anos;
- adolescente, dos 10 anos até ao final do crescimento (Asher & Burton, 2006).

Esta classificação é actualmente a mais utilizada, uma vez que é difícil determinar a idade de aparecimento da condição clínica, optando-se pela idade de detecção uma vez que esta é mais exacta. Por isso, é comum que haja sobreposição na idade dos 2/3 anos, na ligação infantil/juvenil e entre os 9/10 anos, na ligação juvenil/adolescente (Asher & Burton, 2006).

Esta incerteza é muito menos comum na ligação infantil/juvenil pois a maioria das curvas infantis apresentam-se nos primeiros 6 meses de vida. Neste tipo de Escoliose

as curvas mais comuns são as torácicas esquerdas e o sexo masculino é o mais frequentemente afectado (Asher & Burton, 2006).

As curvas juvenis apresentam-se comumente como torácicas direitas, sendo o sexo feminino o mais frequentemente afectado, o que faz com que as curvas juvenis sejam muito semelhantes às do adolescente (Asher & Burton, 2006).

Na ligação juvenil/adolescente é quase certo que muitos dos jovens adolescentes tenham a sua curva bem estabelecida durante os últimos anos enquanto juvenil. No que diz respeito ao prognóstico da Escoliose juvenil, esta apresenta um prognóstico pior do que o caso das Escolioses do adolescente, pois o seu começo inicia-se mais cedo, o que faz com que a deformação tenha mais tempo para se desenvolver (Asher & Burton, 2006).

De forma a classificar a EI numa forma específica, após o seu diagnóstico, King (1983) caracteriza-a em cinco tipos, pelo que a gravidade dos casos é estabelecida com base na determinação do ângulo de Cobb da Escoliose baseado em imagens radiográficas e pela determinação do índice de flexibilidade com base em radiografias com o doente na posição de flexão lateral. As desvantagens deste sistema de classificação passam pelo facto de o plano sagital não estar contemplado na avaliação e as curvas chamadas “duplas ou triplas” (tipos de Escoliose com 2 ou 3 grandes curvaturas) não serem consideradas (Harms, 2007).

Apesar das desvantagens referidas, esta classificação continua a ser bastante utilizada para a avaliação de Escolioses, contudo, algumas modificações como a criação de subtipos, foram introduzidas à classificação e, em 2001 Lenke, introduziu um novo sistema de classificação para as EI, muito mais complexo do que o sistema de King (Harms, 2007).

A determinação do tipo de Escoliose passa a ser baseada na avaliação de radiografias da coluna no plano frontal e sagital, assim como radiografias com flexão lateral direita e esquerda e a partir daí são definidos 6 tipos de curvas (Harms, 2007).

O tipo de curvaturas é determinado pela localização, grau e flexibilidade, sendo definidas como:

- Torácica superior (ápex da curva entre TII e TVI)
- Torácica (ápex da curva entre TVI e TXI)
- Toracolombar (ápex da curva em TXII ou LI)
- Lombar (ápex da curva entre LII e LIV) (Harms, 2007).

Para determinar a flexibilidade da curva procedem-se a 2 tipos de avaliação, uma baseada na curva residual que fica visível na radiografia após a flexão lateral, e outra através da dimensão da cifose dorsal (Harms, 2007).

3.2.3 Localização

As variadas formas de Escoliose são ainda diferenciadas pelo local onde têm a sua ocorrência, podendo ser encontradas na cervical, dorsal ou na lombar e ainda em zonas de transição como occipitocervical, cervicodorsal, dorsolombar e lombosagrada (Harms, 2007).

3.3. Hipóteses etiopatogénicas da EI

Apesar dos mais de 100 anos de pesquisa intensiva, a etiologia da EI tem sido uma área com pouco progresso. É certo que várias pessoas têm trabalhado insistentemente nesta área mas

“It is not enough to be busy, so are the ants.
The question is what are you so busy about.”

Walden – Henry David Thoreau (citado por Bagnall, 2008).

A pesquisa sobre a etiologia da EI tem estado focada em múltiplas áreas e já demonstrou que a doença tem uma complexa patofisiologia. As ideias actuais apontam para uma alteração no controlo do sistema nervoso central que afecta o crescimento da coluna vertebral e a torna susceptível a variadas deformações. As raparigas parecem estar mais vulneráveis a este processo devido ao rápido crescimento durante um curto espaço de tempo. É possível que a melatonina tenha um papel no desenvolvimento da EI, contudo, parece improvável que a Escoliose resulte de um simples défice desta substância. Ao invés disso, é possível que resulte

de alterações no controlo da produção da melatonina com consequências directas ou indirectas no mecanismo de crescimento (Lowe et al., 2000).

A melatonina, apelidada por alguns autores como a “luz da noite”, é segregada pela glândula pineal principalmente durante a noite, sendo ainda produzida em pequenas quantidades pela retina, sendo a sua síntese e libertação estimuladas pela escuridão e inibidas pela luz (Grivas & Savvidou, 2007).

Muitos investigadores notaram anomalias na estrutura e função das plaquetas em doentes com EI. Os doentes com grandes curvas têm uma maior concentração de plaquetas de um tipo mais denso, comparativamente aos doentes com curvas mais pequenas ou com doentes do grupo de controlo. Estas alterações na morfologia e fisiologia das plaquetas são semelhantes às alterações encontradas na componente muscular e sugerem um defeito na membrana celular que pode ser genético. A calmodulina é uma proteína receptora de cálcio, e regula a propriedade contráctil dos músculos e plaquetas. O aumento dos níveis desta substância mostrou estar associado ao agravamento da EI e em conjunto com a melatonina, tendem a ter uma relação recíproca, ou seja, a presença de uma parece influenciar a produção da outra (Grivas & Savvidou, 2007; Lowe et al., 2000).

Assim sendo, a melatonina pode desempenhar um importante papel na patogénese da Escoliose (hipótese neuroendócrina) mas presentemente, os dados disponíveis não mostram com clareza esse papel (Grivas & Savvidou, 2007).

Machida e colaboradores (citados por Grivas & Savvidou, 2007), constataram que nos pintos em que a glândula pineal foi removida, desenvolveu-se Escoliose, tendo sido a diminuição da produção de melatonina, a causa do problema. Noutro estudo verificou-se uma diminuição significativa nos níveis de melatonina em cinco adolescentes com curvas em progressão, enquanto que os adolescentes com curvas estáveis tinham valores semelhantes aos do grupo de controlo. Estes autores postularam que a melatonina se ligou à calmodulina e por isso afectou o metabolismo do cálcio e consequentemente a produção de células musculares também sofreu alterações e, devido a isso desenvolveu-se assimetria no desenvolvimento e crescimento dos músculos paravertebrais. Estes resultados vieram dar sentido à “hipótese de deficiência da melatonina” como uma possível causa da EI.

Mas a importância biológica da melatonina na EI é controversa pois:

- não existe uma diminuição significativa nos níveis de circulação de melatonina observada na maioria dos estudos;
- a pinealectomia experimental não levou sistematicamente à Escoliose;
- injeções de melatonina em pintos em que tinha sido removida a glândula pineal nem sempre preveniram a formação de Escoliose (Grivas & Savvidou, 2007).

Estas são razões simples que demonstram o porquê do “modelo dos pintos” não poder simplesmente ser extrapolado para a espécie humana (Grivas & Savvidou, 2007).

A maioria dos investigadores pôs em dúvida que uma alteração no colagénio fosse um factor etiológico primário para o aparecimento ou evolução da EI. Estas alterações são mais facilmente associadas à presença de alterações degenerativas secundárias, podendo o mesmo ser verdade no que diz respeito a alterações musculares. Muitas das alterações morfológicas encontradas nos músculos paravertebrais foram descobertas em outros músculos mas num grau menor. Estas alterações sugerem a possibilidade de um defeito muscular generalizado mas o mais provável é que esteja relacionado com uma carga muscular assimétrica resultante da própria deformidade (Lowe et al., 2000).

A suspeita de uma possível relação familiar entre doentes com esta doença fundamenta a aplicação de técnicas actuais de genética molecular na tentativa de identificar o gene ou os genes envolvidos no desenvolvimento da Escoliose. Embora se saiba que a EI está ligada a certas famílias, o padrão de hereditariedade não é claro. Múltiplos dados contraditórios dão ênfase à importância de um critério de diagnóstico consistente e de métodos rígidos de investigação da doença de forma a providenciar evidência substancial que suporte ou contrarie o modelo de hereditariedade proposto. Assim que estes critérios tenham sido respeitados, pode ser possível integrar estas observações múltiplas e desenvolver uma compreensão sobre o relacionamento entre o genoma, a maturação esquelética e a deformação vertebral (Lowe et al., 2000).

Anomalias encontradas em ressonâncias magnéticas (RM's), micro lesões no cérebro de animais em experiência e os mais consistentes estudos neurológicos, apontam para regiões limítrofes e posteriores do cérebro, como os locais mais prováveis para que ocorra um primeiro processo patológico que pode levar à EI. Imagens de alta resolução provenientes de RM's ao cérebro médio e posterior e análises

neurohistológicas ao cérebro dos espécimes em estudo coincidiram com doentes com EI e, assim sendo, estudos neurológicos mais sofisticados deverão passar a ser focos de investigação (Lowe et al., 2000).

A etiologia da EI continua a ludibriar investigadores, embora a pesquisa tenha providenciado informações úteis. Neste momento, e de uma forma consensual, considera-se que a etiologia é multifactorial (Figura 1). O tempo e uma investigação contínua levarão à identificação de variados factores envolvidos na causa desta desordem que afecta tantos indivíduos (Lowe et al., 2000).

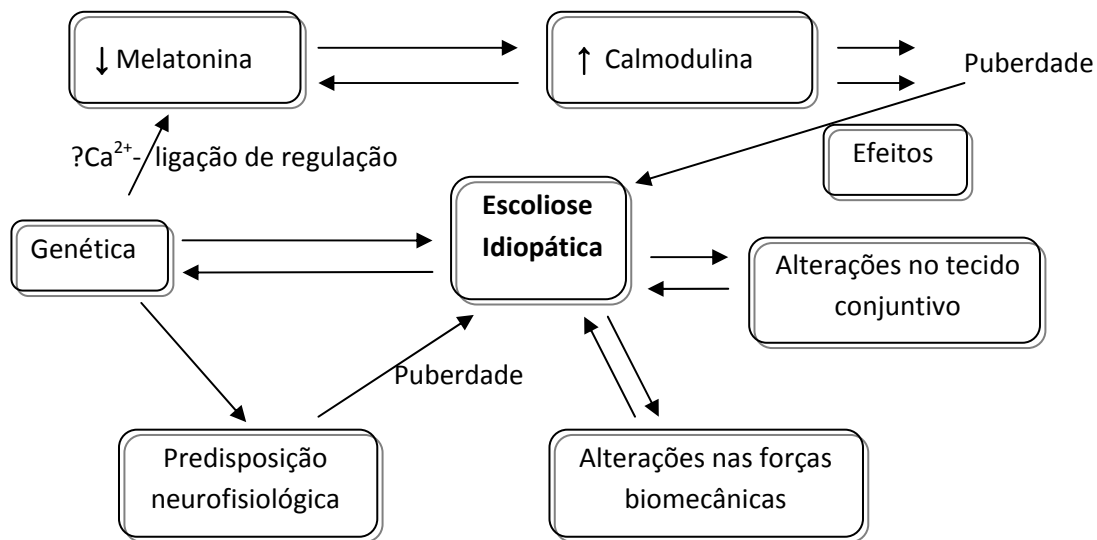


Figura 1 - Possíveis inter-relações existentes entre os vários factores potencialmente envolvidos na etiologia da Escoliose Idiopática (Lowe et al., 2000).

A identificação precoce e concreta da etiologia levará a que se chegue mais rapidamente a um tratamento eficaz e talvez se consiga uma erradicação desta doença (Lowe et al., 2000).

3.4. Abordagens de Intervenção

As abordagens à Escoliose passam pela utilização de três tipos de intervenção: Fisioterapia, ortóteses correctivas e correcção cirúrgica da deformidade, sendo estes descritos seguidamente.

3.4.1. Fisioterapia

A Fisioterapia é usada para manter as funções de mobilidade, força, coordenação e equilíbrio muscular ou para melhorar/restaurar essas funções referidas anteriormente. Os principais objectivos da Fisioterapia passam pela tentativa de corrigir os desequilíbrios musculares, aliviar a dor, melhorar a funcionalidade, alongar os músculos e tendões encurtados, realizar treino postural e de actividades, reconhecer e tratar padrões de movimento patológicos e prevenir atrofas musculares resultantes da actividade reduzida (Harms, 2007).

Esta abordagem de intervenção, guiada por objectivos e sobre a supervisão de um profissional qualificado e especializado, é um elemento central no tratamento conservador, onde vários métodos, como os referidos em seguida, são utilizados.

O método de Katharina Schroth para Escolioses tri-dimensionais é uma técnica bastante complexa que, segundo os seus autores, pode ser muito útil se praticada intensiva e regularmente (Harms, 2007).

O conceito de tratamento de Vojta, consiste num modelo de desenvolvimento do movimento, que estabelece um padrão de movimento para cada pessoa, assegura uma postura espacial vertical/direita e diferencia a função dos diferentes músculos dentro das cadeias musculares. A coluna vertebral está no centro dessas funções, automáticas e involuntárias por natureza, que reflexamente activam vários padrões de movimentos, influenciando assim a coluna vertebral de uma forma tri-dimensional (Harms, 2007).

A Técnica-E (conceito de Hanke) consiste num método neurofisiológico de tratamento que é utilizado para melhorar padrões posturais e inibir movimentos patológicos, tendo sido desenvolvido com base no conceito de Vojta (Harms, 2007).

A Fisioterapia *out-patient* utiliza exercícios específicos e é realizada em doentes com curvaturas entre os 15º e os 20º. Isto prende-se com o facto de as curvaturas com ângulo inferior a 10º terem um bom prognóstico e à Fisioterapia se mostrar mais eficaz em curvas maiores (Weiss, 2003).

A Reeducação Postural Global (RPG), criada por Philippe-Emmanuel Souchard, inclui exercícios de flexibilidade, redução da lordose lombar e harmonização proprioceptiva. Consiste na distorção de cada uma das curvaturas através da tracção axial

progressiva e cada vez mais caudal dos músculos estáticos. A progressão consiste em corrigir a Escoliose, aceitando no início do tratamento todas as posturas compensatórias necessárias. A manutenção das correcções centrais está assegurada passivamente pela acção manual e activamente pela contracção dos músculos abdominais (Racero, 2003).

Scoliosis Intensive Rehabilitation (SIR) utiliza um programa de exercícios individualizado, combinando padrões de correcção comportamental com métodos de Fisioterapia. Desenvolvido com base nos princípios descritos por Lehnert-Schroth, parece ser eficaz no que diz respeito a vários sinais e sintomas da Escoliose, assim como no abrandamento da progressão das curvaturas. O tratamento tridimensional da Escoliose é baseado em princípios sensoriais e motores e cinéticos, tendo como objectivos a facilitação da correcção da postura assimétrica e o ensino ao doente de como manter uma postura correcta durante as suas actividades diárias (Weiss & Klein, 2006; SOSORT guideline committee, Weiss, Negrini, Rigo, Kotwicki, Hawes, et al., 2006).

De acordo com a *Scoliosis Research Society* não existe evidência científica (ensaios clínicos) que comprove que os métodos de tratamento manual possam impedir a progressão ou contribuam para a melhoria da Escoliose, apesar de em alguns casos particulares existirem resultados favoráveis (Racero, 2003).

Estudos de caso realizados por vários autores (citados por Weiss, 2003) demonstraram alterações significativas nos sinais e sintomas da EI relacionados com o tratamento SIR. Mais de 800 pacientes revelaram uma pequena mas significativa melhoria na expansão torácica e uma melhoria de 14-19% na capacidade vital depois do tratamento SIR. De 794 adultos com Escoliose grave, 55% apresentavam pelo menos um sinal de insuficiência ventricular direita e no final apenas 12% apresentavam sinais de incapacidade, tendo a capacidade vital melhorado 250ml na mesma população. Em cerca de 107 doentes a média do ângulo de Cobb diminuiu de 43º para 39º, com melhorias de mais de 20º em determinados pacientes depois do SIR. Outros estudos também mostraram uma melhoria na dor e no stress psicológico em resposta ao SIR.

Em 2003, Weiss elaborou um estudo para testar a hipótese de que a Fisioterapia podia reduzir a incidência da progressão da EI em crianças. Este estudo realizado recentemente, consistia num *follow-up* dos resultados de dois estudos prospectivos, através da utilização de resultados que mostravam a incidência da progressão ($\geq 5^\circ$)

nos grupos de doentes tratados e não-tratados, agrupados por idade, sexo, grau da curvatura e etiologia. Depois do tratamento SIR, durante seis semanas, a incidência da progressão no grupo de doentes não-tratados foi maior do que nos grupos de doentes tratados com SIR, mesmo quando no SIR estão incluídos doentes com curvas de maior gravidade.

As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas, o que indica que um programa de exercícios supervisionado por Fisioterapeutas pode reduzir a incidência de progressão das curvaturas em crianças com EI (Weiss, 2003).

Assim, segundo Weiss (2003), a tríade Fisioterapia *out-patient*, SIR e ortóteses correctivas provou ser eficaz no tratamento conservador da Escoliose na Europa central.

Na Alemanha, insiste-se no tratamento conservador desde o diagnóstico. Na adolescência, esta abordagem inclui a Fisioterapia *out-patient*, utilizada em doentes com ângulo igual ou superior a 15º Cobb, sendo o SIR recomendado para curvaturas entre 20º e os 30º, com ou sem ortótese correctiva dependendo do prognóstico. Para adultos com EI, a Fisioterapia *out-patient* é iniciada entre os 30º e os 40º Cobb, desde que estes apresentem sintomas de dor moderados. Em adultos com curvas acima dos 40º e com problemas cardio-respiratórios e dor, o tratamento recomendado passa pela utilização do SIR (Weiss, 2003).

Quando combinadas com técnicas específicas de respiração, estas abordagens terapêuticas podem ajudar os doentes a estabilizar a sua coluna vertebral e a aprender novos padrões de postura e movimento. Como todo o tratamento conservador, o sucesso depende da supervisão profissional e do sucesso da integração dos exercícios como uma parte comum da vida diária (Weiss, 2003).

Para além dos métodos específicos acima descritos, a Fisioterapia utiliza ainda técnicas como: manipulações, mobilizações, alongamentos, relaxamento, tracção, massagem, hidroterapia, electroterapia, aplicação de calor e frio e técnicas de PNF (Harms, 2007).

3.4.2. Ortóteses correctivas

A história do tratamento da Escoliose com ortóteses correctivas remonta a 1800, ano em que as ortóteses começaram a ser desenvolvidas através experiências empíricas.

Em 1945 foi dado um passo em frente com a introdução do colete Milwaukee por Blount. Seguidamente surgiu nos anos 70 o colete Boston. Hoje em dia uma variedade de coletes é usada no tratamento da Escoliose (Figura 2) nos mais diversos países, incluindo além dos já referidos coletes, o colete de Cheneau, Stagnara, Mitchell e o colete Dynamic Derotation (Sapountzi-Krepia, Psychogiou, Peterson, Zafiri, Iordanopoulou, Michailidou, et al., 2006).



Figura 2 – Variedade de coletes usados na actualidade no tratamento conservador da Escoliose.

As ortóteses correctivas são a forma de tratamento mais comumente utilizada em Escolioses com curvaturas entre os 25º e os 40º, contudo, a sua eficácia continua rodeada de controvérsia, pelo que as recomendações internacionais ainda não são uniformes (Ugwonali, Lomas, Choe, Hyman, Lee, Vitale, et al. 2004; Cheung, Cheng, Chan, Yeung, & Luk, 2007).

Apesar disso o tratamento com ortóteses correctivas parece ser eficaz na prevenção da progressão das curvaturas, assim como na redução da prevalência de cirurgia, restaurando o plano sagital e influenciando a rotação vertebral (SOSORT guideline committee et al., 2006).

O ponto que continua a ser mais controverso prende-se com o facto de o colete vir a ter ou não efeito na diminuição da frequência da cirurgia. Contudo, existem dados relatados que levam a pensar que existem efeitos positivos (Asher & Burton, 2006).

3.4.3. Cirurgia

O intervenção cirúrgica desta condição clínica foi iniciada em 1914, mas só em 1941 os resultados começaram a ser avaliados, verificando-se “pobres”, existindo uma melhoria nos mesmos até aos dias de hoje. Graças aos avanços na cirurgia, o número de Escolioses com curvas maiores do que 100º baixou consideravelmente desde 1973 (Asher & Burton, 2006).

A principal indicação para cirurgia durante a adolescência é a presença de uma curva torácica que chegue aos 50º ou mais até à maturidade esquelética. Também curvas dorso-lombares que cheguem aos 50/60º na fase de maturidade, poderão ser consideradas para cirurgia devido à associação com um marcado grau de deformidade e de rotação vertebral (Figura 3) (Asher & Burton, 2006).

Figura 3 – Tratamento cirúrgico de Escoliose Idiopática do adolescente: Instrumentação óssea – Aspectos clínicos e radiográficos (Imagens cedidas pela autora desta monografia).

No caso dos indivíduos adultos, as dores, a aparência e problemas respiratórios, funcionam como indicadores para a cirurgia. Contudo, é invulgar que estes sintomas sejam intensos o suficiente para ser necessária a intervenção cirúrgica (Asher & Burton, 2006).

Embora existam alguns riscos associados à cirurgia, eles têm vindo a decrescer substancialmente, como é o caso da morte, apesar de ainda poder ocorrer principalmente em doentes submetidos a cirurgia na idade adulta (Asher & Burton, 2006).

De 1965-1971 foram relatadas pela SRS 0,94% complicações neurológicas devido à deformidade da coluna. De 2001-2003 este valor baixou para 0,49% para adolescentes com EI entre os 10 e os 17 anos. Outras complicações são por exemplo, infecção aguda, pseudoartrose e implantes proeminentes (Asher & Burton, 2006).

Em relação aos níveis de satisfação após a cirurgia, Bunge, Juttmann, Kleuver, Van Biezen, Koning, & The NESIO group (2007) mostraram que os indivíduos tratados cirurgicamente têm níveis de satisfação mais elevados do que os indivíduos tratados com ortóteses correctivas. Também Climent et al. (citado por Bunge et al., 2007) e Danielsson et al. (citado por Bunge et al., 2007) constataram nos seus estudos uma tendência semelhante.

No mesmo estudo, verifica-se que doentes tratados cirurgicamente tiveram valores mais elevados no domínio da auto-imagem/aparência e no item da saúde geral, que embora significativos, se mostraram bastante reduzidos. Weinstein et al. (citado por Bunge et al., 2007) concluíram no seu estudo, que doentes com EI não tratada, tinham vários problemas a nível estético e que os doentes tratados parecem mais satisfeitos com a sua auto-imagem do que os doentes não tratados.

Doentes tratados com ortótese tiveram um valor no *score* obtido quanto ao domínio da função/actividade, significativamente maior que os doentes cirurgicamente tratados (tenham usado ou não ortótese antes da cirurgia) (Bunge et al., 2007).

Em conclusão, o estudo apresenta a ideia de que o tratamento conservador deve ser preferido em relação ao tratamento cirúrgico, mas esta conclusão não é suportada pelas diferenças nos resultados da qualidade de vida avaliada depois do tratamento. Constata-se sim, que os doentes tratados com ortóteses correctivas estão menos satisfeitos com os resultados do tratamento, em comparação com os doentes cirurgicamente tratados. No início do século XXI, com as alterações culturais e na

experiência dos adolescentes, tais percepções são gravemente importantes (Bunge et al., 2007).

3.5. Impacto da Escoliose na Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida é uma temática complicada e Wood-Dauphinee (citado por Sapountzi-Krepia et al., 2006) afirma que está pouco desenvolvida no campo da investigação de problemáticas relacionadas com a coluna vertebral, devendo por isso ser aprofundada de forma a melhor ser compreendida. A qualidade de vida na Escoliose não se refere apenas e só aos aspectos psicológicos do tratamento, mas inclui também outros domínios como a saúde mental, saúde física, função social e domínio estético.

O diagnóstico inicial e o próprio tratamento da EI podem ter para os indivíduos consequências multi-dimensionais significativas, que constituem um factor de risco para a qualidade de vida destes. São experiências stressantes, principalmente para os adolescentes e para as suas famílias, onde se verifica a presença de sentimentos de isolamento, negação e angústia relatada por pelo menos 40% dos doentes e seus cuidadores, durante os estágios iniciais do tratamento (Reichel & Schanz, 2003; Tones, Moss, & Polly, 2006).

De acordo com Payne et al. (citados por Tones et al, 2006), a presença de Escoliose, independentemente do estágio de tratamento, é um factor de risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos durante a adolescência, como indicado pelo aumento do número de casos de ideação suicida e consumo de álcool entre os doentes com Escoliose comparativamente com utentes saudáveis do grupo de controlo. A angústia psicológica entre os doentes preocupa os profissionais de saúde, uma vez que pode mesmo dificultar a sua adaptação ao tratamento devido à intolerância aos programas de utilização das ortóteses correctivas ou dificuldades psicossociais a seguir à cirurgia.

O impacto da Escoliose é particularmente marcado em situações onde a utilização de ortóteses correctivas é indicado, uma vez que este é um tratamento muito prolongado e desconfortável, responsável por uma “carga pesada” tanto a nível físico como mental, sendo assim, factor de risco para a incapacidade psicológica segundo Reichel e Schanz (2003).

Freidel (citado por Reichel & Schanz, 2003) conseguiu mostrar através do seu estudo, que adolescentes com Escoliose, têm normalmente atitudes menos positivas face à vida quando comparados com o grupo de controlo saudável. Indivíduos com Escoliose sofrem frequentemente de sintomas físicos não relacionados com a condição clínica em si, possuem uma pobre auto-estima e muitas vezes apresentam estados depressivos. Os pais destes jovens referem que a qualidade de vida dos seus filhos está restringida a vários níveis, tanto físicos como psicossociais.

Independentemente do tipo de tratamento, os adolescentes que se encontram sob tratamento, depois dos 16 anos, têm resultados psicossociais mais baixos do que os doentes tratados numa fase precoce da adolescência (Tones et al., 2006).

Danielson et al. (citados por Tones et al., 2006) elaboraram um questionário que mostrou que os sentimentos de isolamento e depressão, a redução da participação em actividades de tempos livres e no namoro foram evidenciados por 25% a 43% dos doentes. Contudo, mais de 40% dos interrogados afirmaram que o seu tratamento “não os incomodava muito” enquanto que 48% dos doentes tratados com ortóteses e 50% dos que foram tratados cirurgicamente sentiram que o tratamento contribuía para aumentar a independência e maturidade.

Entre os doentes tratados através de ortóteses correctivas, os sintomas de angústia diminuíram nos primeiros meses de adaptação ao tratamento, contudo, sintomas como o desconforto em locais públicos e alterações comportamentais, persistiram durante o período de tratamento em mais de 50% dos doentes (Tones et al., 2006).

Diferentes variáveis pessoais e familiares foram identificadas como factores de risco ou de protecção, relacionados com os resultados do tratamento com ortóteses correctivas. Uma reflexão pessoal exagerada sobre a utilização da ortótese e o facto de pertencer a uma família monoparental foram associados à presença de um bem-estar emocional pobre, enquanto que encarar a Escoliose de uma forma positiva, melhora a auto-estima e está associado a um bom relacionamento entre pais e filhos. Personalidades introvertidas e/ou extremamente neuróticas, assim como a presença de atrasos cognitivos, foram associados a resultados negativos como a insatisfação com o tratamento e o seu não cumprimento. Nestas situações, métodos terapêuticos apropriados podem minorar a angústia psicológica em alguns casos, enquanto que noutros, o uso de ortóteses correctivas pode promover comportamentos de saúde entre adolescentes como por exemplo, a manutenção de posturas correctas (Tones et al., 2006).

O tratamento cirúrgico é também desafiador para o doente com Escoliose, especialmente em adolescentes que têm de se deparar com um ambiente hospitalar causador de ansiedade, que juntamente com as possíveis complicações da cirurgia, contribuem para o desenvolvimento de ansiedade. Tal situação é exacerbada pela impossibilidade de ir à escola e conseqüente perda de interação social durante a recuperação. Está comprovado que tanto o tratamento cirúrgico como o uso de ortóteses correctivas tem um nível de aceitação insuficiente na sociedade escolar (Tones et al., 2006; Kotwicki, Kinel, Stryla, & Szulc, 2007).

Embora as alterações psicológicas em indivíduos com Escoliose não sejam tão marcadas na idade adulta como são na adolescência, em alguns casos, o tipo de tratamento escolhido pode ter repercussões na idade adulta. Os sintomas psicológicos anormais também são mais notados em doentes adolescentes tratados através de ortóteses correctivas ou que não recebem qualquer tipo tratamento (Tones et al., 2006).

Comparativamente a mulheres sem Escoliose, as mulheres que têm Escoliose expressam maior receio e insatisfação nas relações sexuais, no entanto, este facto não parece causar qualquer impedimento ao casamento ou ao facto de virem a ter filhos (Tones et al., 2006; Sapountzi-Krepia et al., 2006; Asher & Burton, 2006).

A Escoliose não parece condicionar as oportunidades de emprego, contudo, doentes avaliados em *follow-up's* de Danielsson e Nachemson (citados por Kotwicki et al., 2007) pedem com mais frequência dias de baixa devido a problemas da coluna do que adultos sem Escoliose.

A imagem corporal no seio da população com esta condição clínica é afectada pelas várias opções terapêuticas, acontecendo perturbações em ambos os sexos, sendo um fenómeno mais preocupante na adolescência. O uso de ortóteses correctivas é geralmente associado a uma fraca imagem corporal, enquanto que a cirurgia é associada a melhorias na imagem corporal (Tones et al., 2006).

Adolescentes com Escoliose estão mais insatisfeitos com a sua aparência, existindo neles o medo de que os seus corpos desenvolvam deformidades. O conhecimento de que nunca terão um corpo perfeito pode levar a dúvidas acerca do seu valor pessoal e a uma diminuição da auto-estima. O facto de estar a passar por um processo de tratamento constitui ainda um agente stressor adicional para estes adolescentes com Escoliose, que desde muito cedo lutam com a sua imagem corporal. Rapazes com

Escoliose tendem a considerar-se menos saudáveis do que raparigas com Escoliose ou rapazes sem Escoliose. Relativamente aos questionários sobre imagem corporal aplicados aos adolescentes do sexo feminino, estes tendem a falhar na detecção das preocupações com a imagem corporal, uma vez que, a insatisfação com o corpo é comum em adolescentes deste sexo sem qualquer problema (Reichel & Schanz, 2003).

Devido aos sentimentos de diferença e de desvio da norma, muitos doentes desenvolvem vergonha, pelo que existe um desejo de esconder do mundo a sua deformidade na coluna vertebral. No dia-a-dia isto é perceptível pelo uso de vestuário adicional e na restrição em realizar actividades específicas como o nadar ou outras que exijam o uso de pouco vestuário ou que este permita a fácil percepção da deformação. A isto acresce o medo de que os outros descubram a Escoliose o que muitas vezes pode criar ainda mais stress e ansiedade. Esta auto-imagem negativa resultante da presença de Escoliose poderá levar a estados depressivos e, por isso mesmo, tem uma influência negativa na auto-estima (Reichel & Schanz, 2003).

Os problemas acima referidos observam-se também quando as ortóteses correctivas são utilizadas. Neste caso, surgem também sentimentos de inferioridade e vergonha, existindo o desejo de esconder as ortóteses correctivas e o medo de serem descobertos (Reichel & Schanz, 2003).

Uma das principais preocupações de usar a ortótese é a impressão visual negativa que esta poderá causar nos pares, problema comprovado pelas experiências reais de exclusão e humilhação criadas por estes devido à presença da ortótese correctiva. Isto implica, além de outras coisas, que a moda pode não ser seguida, o que para jovens do sexo feminino representa uma restrição grave. Os rapazes com Escoliose parecem sentir-se mais angustiados ao perceberem uma diminuição na sua capacidade física e força (Reichel & Schanz, 2003; Tones et al., 2006).

A altura em que o tratamento com ortóteses correctivas é proposto, coincide na maioria das vezes, com a fase da adolescência, altura em que a atracção física se torna mais evidente. Estes factores, em conjugação, provocam principalmente no sexo feminino, o sentimento de que nunca serão vistas como atraentes (Reichel & Schanz, 2003).

O uso da ortótese correctiva pode também trazer consigo uma maior dependência dos pais, uma vez que eles têm um papel importante na manutenção do tratamento

(ajudam a colocar a ortótese, monitorizam os tempos de utilização), o que leva a uma vinculação mais duradoura com os filhos. O atraso no desenvolvimento da independência do jovem, que resulta desta situação, é entendido pelos pais como uma diminuição significativa na qualidade de vida dos filhos (Reichel & Schanz, 2003).

Os doentes falam ainda de uma consciência corporal alterada, quando usam as ortóteses correctivas. Estes doentes experienciam alterações nos limites corporais, causadas pela ortótese correctiva e “vêm-se muito deformados”, considerando-se por vezes “grandes” ou com peso a mais. Esta auto-imagem negativa espelha-se num sentimento forte de desagrado (Reichel & Schanz, 2003).

Além da alteração na aparência e das limitações a nível estético existe ainda o facto de a ortótese correctiva limitar a liberdade de movimentos, o que pode ter implicações nas actividades de lazer. O isolamento social e a perda de perspectivas de futuro, assim como a diminuição da auto-estima são consequências possíveis (Reichel & Schanz, 2003).

Para além das preocupações acerca da aparência e dos medos em relação ao desenvolvimento das relações com os pares, a experiência física da utilização de ortóteses correctivas é tida como desagradável, sendo acompanhada por sensações dolorosas de pressão e por uma sudorese excessiva, o que pode estar associado a problemas dermatológicos e dificuldade em dormir (Reichel & Schanz, 2003).

Assim sendo, e como constataram Climent e Sanchez (citados por Sapountzi-Krepia et al., 2006) ao estudarem o impacto de vários tipos de ortóteses correctivas, no que diz respeito à qualidade de vida dos jovens com Escoliose, todas as ortóteses por eles estudadas afectam a qualidade de vida dos doentes. Poucos são aqueles como Ugwonali et al. (citados por Sapountzi-Krepia et al., 2006) que referem que o tratamento com ortóteses correctivas não diminui a qualidade de vida. Veldhuizen et al. (citados por Sapountzi-Krepia et al., 2006) afirmam ainda que o desenho da ortótese correctiva se centra em grande parte na eficácia do colete, deixando de lado as preocupações dos jovens com a sua aparência física.

Doentes com Escoliose geralmente não experienciam a incapacidade funcional de uma forma contínua ao ponto de não conseguirem desempenhar por completo as suas actividades da vida diária, contudo, a incidência de dor na coluna é ligeiramente maior em adolescentes e adultos com Escoliose do que em relação à generalidade da

população, sendo maior o risco de vir a sentir dor e de a incapacidade funcional também aumentar com a idade (Tones et al., 2006).

Em relação aos valores da actividade física em doentes com Escoliose estes encontram-se mais baixos em doentes tratados com ortóteses correctivas e cirurgicamente do que nos grupos de controlo (Asher & Burton, 2006).

Paralelamente aos problemas descritos em relação ao uso das ortóteses correctivas, a aceitação destas últimas tem um papel importante na efectividade do tratamento, uma vez que para um tratamento com ortótese correctiva efectivo tem de haver um grande controlo em relação às horas de uso (Reichel & Schanz, 2003).

A aceitação foi definida como o grau concordância entre o doente e o tratamento sugerido pelos profissionais de saúde. Do ponto de vista do doente, isto significa que este deve estar de acordo com o tratamento com ortótese correctiva, depois de ser informado em relação ao tratamento e à forma como deve ser seguido (durante 23 horas por dia de acordo com a maioria dos profissionais de saúde) (Reichel & Schanz, 2003).

Mesmo assim, o sucesso do tratamento nem sempre é fácil de prever, sendo esta situação difícil de entender para os jovens. Outro pormenor que também os sobrecarrega é o facto de que mesmo quando o tempo máximo de utilização da ortótese é atingido, o sucesso alcançado deve ser encarado como uma manutenção do estado de saúde e não uma melhoria da condição clínica. Esta experiência desanimadora também tem de ser ultrapassada pelo jovem (Reichel & Schanz, 2003).

O facto de estes factores inibidores para a aceitação do tratamento proposto, citados anteriormente, serem reais, é mostrado em estudos em que por unanimidade se chega à conclusão de que a duração ideal para utilização da ortótese correctiva, anteriormente definida, não é seguida à risca e que as declarações em relação ao tempo de utilização das ortóteses são feitas de forma a satisfazer os profissionais de saúde (Reichel & Schanz, 2003).

O não controlo do tempo de utilização da ortótese correctiva pode, contudo, ser acompanhada de sentimentos de medo e culpa que não reforçam a auto-estima mas que podem encorajar a um controlo mais apertado do tempo de utilização (Reichel & Schanz, 2003). O tratamento de um jovem com EI através das ortóteses correctivas dura muitas vezes vários anos e requer uma mobilização positiva do doente e dos

seus pais, assim como, de um suporte por parte dos profissionais de saúde. O sucesso do tratamento está muito dependente destes factores (Kotwicki et al., 2007).

3.6. Medidas de Qualidade de Vida em doentes com Escoliose

As deformações vertebrais são condições crónicas que na maioria das vezes começam na pré-adolescência. Assim, tem-se verificado a necessidade de criar um questionário válido que consiga obter avaliações em relação à qualidade de vida dos doentes. Para suprir esta necessidade, alguns instrumentos de avaliação começaram a ser comuns na prática clínica, pois para além de avaliarem a condição clínica da coluna vertebral, estimam ainda a efectividade do tratamento. Climent et al. (1995) foram os primeiros a desenvolver e validar um instrumento específico para medir qualidade de vida em adolescentes com EI, o qual denominaram de CAVIDRA Profile. Mais tarde, Haher et al. (1999) desenvolveram o SRS-24, um questionário específico capaz de medir a qualidade de vida dum adolescente com EI mas especialmente desenhado para avaliar os resultados dos tratamentos na EI. Este possui 24 itens divididos em duas secções. A primeira secção destina-se a todos os doentes e contém os domínios da dor, auto-imagem, função e nível de actividade. A segunda secção é aplicável apenas a doentes em situação pós-cirúrgica e tem como domínios a auto-imagem pós-cirurgia, a função e a satisfação com o resultado da cirurgia (Glattes, Burton, Min Lai, Frasier, & Asher, 2007; Tones et al., 2006; Bago et al., 2004).

A partir do instrumento SRS-24 surgiu um outro mais versátil, o SRS-22, que permite que todos os doentes com Escoliose, operados ou não e grupos de controlo saudáveis, possam completar todas as secções do questionário. Desenvolvido por Asher, Lai, Burton, e Manna (2003), possui 22 questões agrupadas nos domínios: função, dor, auto-imagem, saúde mental e satisfação com o tratamento (Bago et al., 2004).

Com este instrumento a percepção dos doentes em relação aos vários aspectos da sua condição clínica e os resultados da gestão da mesma, podem ser medidos (Asher, Lai, Burton, & Manna, 2003). Originalmente desenvolvido em Inglês, recentes adaptações transculturais produziram versões equivalentes em Espanhol, Japonês, Turco e Chinês, tendo surgido das versões Espanhola e Turca, pequenas alterações.

Com reformulações nas questões 17 e 18, surgiu então o SRS-22r, a ser caracterizado seguidamente na metodologia do trabalho.

4. Metodologia

A inexistência de um instrumento válido e fiável, adaptado à língua e cultura portuguesas, que avalie a qualidade de vida em doentes com Escoliose, faz com que exista a necessidade de levar adiante projectos de investigação que levem à adaptação do questionário mais actual e consensual nessa área. Em resultado disso, procedeu-se à adaptação do SRS-22r para Portugal, num esforço de fornecer uma medida comum para avaliar a qualidade de vida dos doentes com EI e especificamente para avaliar os resultados das várias opções de tratamento nestes doentes.

4.1. Desenho de estudo

O trabalho é uma investigação quantitativa com um método não experimental metodológico e trata da adaptação cultural e linguística e contributo para a validação da versão portuguesa do questionário SRS-22r para utentes com Escoliose Idiopática.

4.2. Objectivos

- Adaptar cultural e linguisticamente o SRS-22r (construído originalmente em língua inglesa e para a cultura norte-americana) para a língua e cultura portuguesas, através do processo de tradução e verificação da validade de conteúdo;
- Contribuir para a validação do questionário SRS-22r, através da verificação da reprodutibilidade teste-reteste, consistência interna e validade concomitante.

4.3. Amostra

Foi seleccionada uma amostra de peritos em deformidades da coluna vertebral e uma outra amostra constituída por doentes com EI. A primeira amostra foi seleccionada para a realização do pré-teste ao instrumento, de forma a avaliar a validade de conteúdo da versão portuguesa do instrumento e a segunda para o seu teste de modo a analisar a fiabilidade do instrumento. Ambas as amostras foram seleccionadas por conveniência.

4.3.1. Critérios de inclusão

Para pertencerem ao painel de peritos, os seleccionados preenchem os seguintes critérios de inclusão:

- licenciados em Fisioterapia ou licenciados em Medicina com a especialidade de Ortopedia ou Fisiatria;
- com pelos menos 10 anos de experiência profissional em deformidades da coluna vertebral e seu tratamento;
- com formação específica e/ou pós-graduada na área da coluna vertebral.

Para pertencerem à amostra de doentes, os seleccionados preenchem os seguintes critérios de inclusão:

- consultados nas consultas de Escoliose do Hospital Curry Cabral (HCC);
- diagnosticados com EI.

4.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo todos os indivíduos analfabetos e/ou com problemas de compreensão e indivíduos com menos de nove anos de idade.

4.4. Caracterização do SRS-22r

Desenvolvido originalmente por Glattes et al. (2007) (Anexo A), o SRS-22r é um questionário com um desempenho global excelente comprovado pelas suas características métricas (validade e fiabilidade), sendo por isso, amplamente utilizado em países de língua inglesa. É um instrumento de auto-preenchimento e possui 22 questões agrupadas em cinco domínios: função (5), dor (5), auto-imagem (5), saúde mental (5) e satisfação com o tratamento (2).

Cada domínio é pontuado de 1 (pior possibilidade) a 5 (melhor possibilidade) e tem uma pontuação total que varia entre 5 e 25 pontos, excepto no domínio da satisfação que varia de 2 a 10 pontos. A soma dos primeiros quatro domínios resulta num sub-total máximo de 100 pontos. Com a adição do domínio da satisfação o total máximo passa a ser de 110 pontos. Os resultados são expressos em termos de média (soma total dos domínios a dividir pelo número de questões respondidas) para cada domínio (Bago et al., 2004).

O estudo para analisar as propriedades psicométricas da versão original do SRS-22r realizou-se numa amostra de 77 indivíduos (58 do sexo feminino e 12 do sexo masculino), com uma média de idades de $14,1 \pm 2,7$ anos. O questionário foi preenchido em dois momentos com uma semana de intervalo e somente 54 doentes retornaram o reteste por e-mail, não tendo sido feito nenhum contacto telefónico para lembrar as pessoas que não enviaram o questionário (Glattes et al., 2007).

No estudo da versão original, a fiabilidade do instrumento foi analisada através da determinação do coeficiente α (alfa) de *Cronbach* de forma a avaliar a consistência interna e pela determinação do coeficiente de correlação intra-classes (ICC) que permite avaliar a reprodutibilidade ou estabilidade inter-temporal de um instrumento (reprodutibilidade teste-reteste). A validade concomitante foi analisada através do coeficiente de correlação de *Pearson* entre os domínios relevantes do SRS-22r e os do *Child Health Questionnaire – CF87 Patient Questionnaire for Adolescent Spinal Deformity* (CHQ-CF87) (Glattes et al., 2007).

A reprodutibilidade da versão original do SRS-22r mostrou uma média de 0.73. Em três dos seus cinco domínios (função, dor e auto-imagem) demonstrou uma excelente estabilidade temporal ($ICC \geq 0.75$). Para o domínio da saúde mental verificou-se uma correlação de 0.74 e no domínio da satisfação verificou-se uma correlação de 0.56, o

que representa uma estabilidade inter-temporal entre boa e pobre ($ICC > 0.40$) (Glattes et al., 2007).

A consistência interna da versão original deste instrumento foi considerada excelente (α de *Cronbach* ≥ 0.90) no domínio da satisfação, considerada muito boa (α de *Cronbach* 0.80 – 0.89) nos domínios da função e da dor e considerada boa (α de *Cronbach* 0.50 – 0.79) nos domínios da auto-imagem e saúde mental. A média do α de *Cronbach* SRS-22r original foi de 0.81 (Glattes et al., 2007).

A validade concomitante do SRS-22r foi analisada através da comparação deste instrumento com o CHQ-CF87 tendo-se registado excelente para o domínio da dor (0.82), moderada para os domínios da função (0.73), saúde mental (0.68) e auto-imagem (0.50) e fraca para o domínio da satisfação com o tratamento (0.30).

4.5. Procedimentos

Este estudo foi conduzido em seis fases. A fase número um foi iniciada em meados do mês de Novembro e a última, fase seis, no início de Outubro de 2008 (Figura 4).

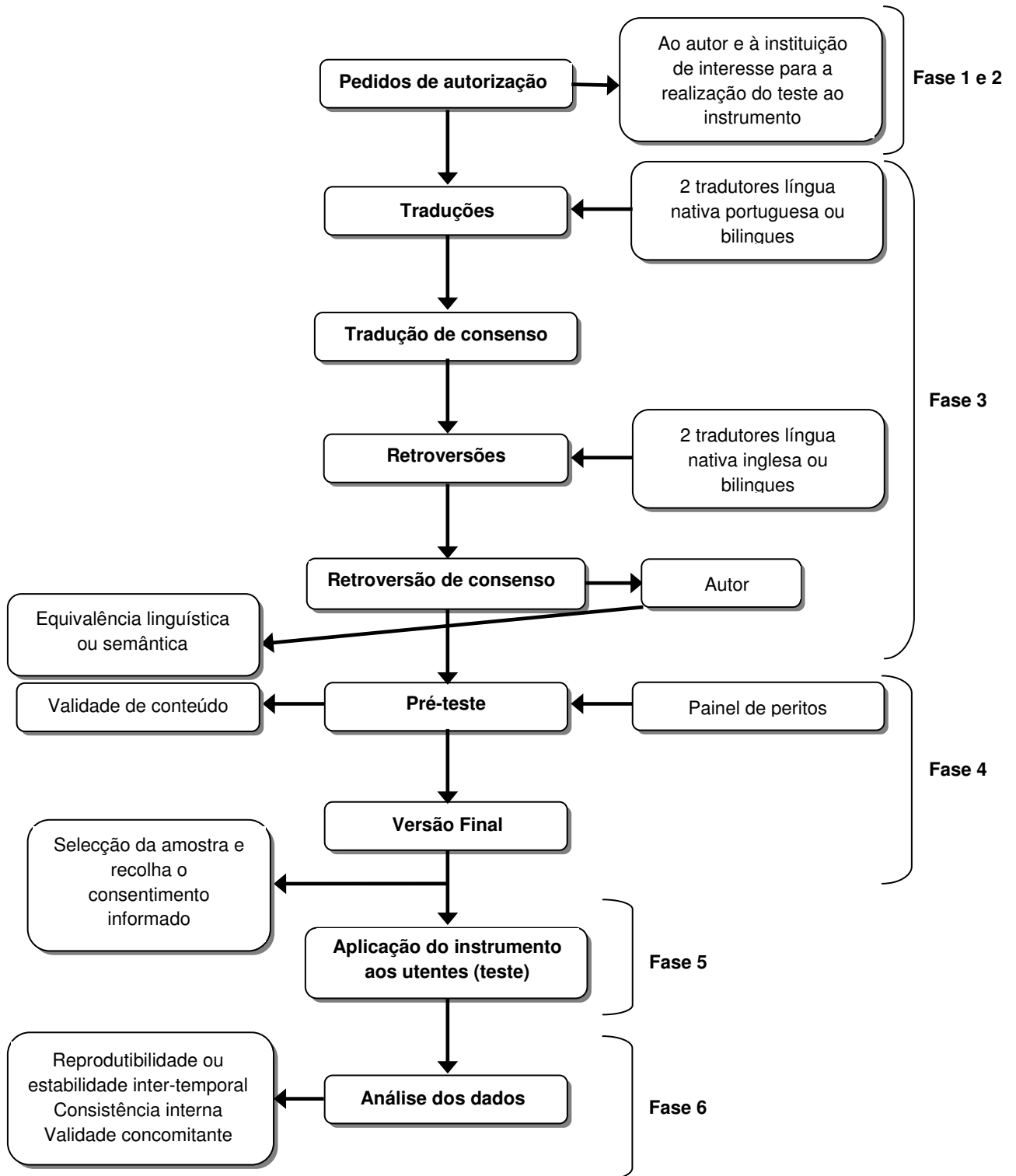


Figura 4 – Linhas orientadoras para o processo de adaptação transcultural de um instrumento.

Fase 1: Pedido de autorização ao autor

Aquando da conjecturação do que se pretendia desenvolver na Monografia Final de Curso, foi pedida por escrito (através de contacto por e-mail) (Apêndice A), a autorização para a realização da adaptação transcultural e validação do questionário SRS-22r para a língua portuguesa ao autor do questionário, Dr. Asher, tendo sido obtida uma resposta afirmativa quase de imediato (Anexo B).

Fase 2: Pedido de autorização para a realização do estudo em contexto hospitalar

O conselho de administração do HCC, o director do Serviço de Ortopedia Dr. Miguel Ferreira, a directora do Serviço de Medicina Física e Reabilitação Dra. Eugénia Vieira, assim como o Dr. Joaquim Sancho, a Dra. Elsa Marques e a Dra. Fernanda Felipe, fisiatras responsáveis pela consulta de desvios da coluna e a Fisioterapeuta Laura Sá Torres, todos profissionais de saúde a trabalhar no HCC, foram contactados no sentido de pedir a sua autorização e colaboração no estudo (Apêndice B), as quais foram atendidas com prontidão (Anexo C).

Fase 3: Tradução e Retroversão

A adaptação transcultural do SRS-22r foi realizada de acordo com o documento de trabalho criado por Ferreira & Marques (1998) tendo por base os critérios apresentados pelo ERGHO, segundo os quais é possível considerar determinada medida com equivalência cultural.

O processo de tradução incluiu dois tradutores independentes de língua nativa portuguesa que elaboraram duas traduções do original em Inglês para Português. A partir dessas duas traduções foram feitas duas retroversões para Inglês por outros dois tradutores independentes e bilingues. Tanto num processo como no outro, um dos tradutores é Fisioterapeuta e conhecedor do tipo de conceitos do questionário e o outro não está ligado à área da saúde, de modo a reflectir uma linguagem utilizada pela população comum.

Entre as traduções (Apêndice C) e retroversões (Apêndice D), procedeu-se à sintetização das duas traduções (Apêndice E) com a ajuda da orientadora do trabalho, tendo-se obtido uma tradução de consenso (Apêndice F). No final das retroversões, cruzaram-se as duas entre si (Apêndice G) e elaborou-se com a ajuda da orientadora uma retroversão de consenso (Apêndice H).

Seguidamente, foi enviada uma cópia da retroversão de consenso obtida ao autor original do instrumento, e o pedido (Apêndice I) para que, comparando com a versão inglesa original, verificasse se havia diferenças de significado entre elas. O autor fez algumas sugestões (Apêndice J) e deu a sua permissão para continuar o estudo, obtendo-se assim a versão portuguesa a apresentar ao painel de peritos.

Fase 4: Revisão por painel de peritos (pré-teste)

Para ser considerado válido um instrumento deve produzir a resposta correcta, sendo por isso a validade definida como a propriedade de medir aquilo que se pretende que meça (Ferreira & Marques, 1998).

Para testar um tipo dessa validade, após aceite o pedido de colaboração (Apêndice K), os seleccionados para o painel de peritos analisaram a validade de conteúdo da versão portuguesa de forma a demonstrar que o domínio do conteúdo do instrumento era apropriado relativamente aos objectivos esperados e para isso foi adaptado um teste de compreensão (Anexo D) com base no documento do Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra (Anexo E), onde foi somente acrescentada a caracterização dos elementos do painel de peritos. Desta análise resultaram algumas sugestões e alterações da versão portuguesa apresentada aos peritos (Apêndice H), que após consólio entre a autora do presente estudo e a orientadora do trabalho, conduziram à versão final portuguesa do SRS-22r (Apêndice L).

Fase 5: Teste

Foi depois realizado um estudo experimental, desde 07 de Julho de 2008 a 03 de Setembro de 2008, onde foi aplicada a versão final portuguesa do instrumento a doentes com EI de forma a avaliar a fiabilidade desse mesmo instrumento.

A fiabilidade é o conceito que avalia até que ponto um procedimento de medição produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado e está associado a duas definições de certo modo independentes. Por um lado, fiabilidade é o grau de liberdade que um instrumento tem de estar isento de erro aleatório, o que pressupõe homogeneidade do conteúdo e coerência interna. A segunda definição de fiabilidade está associada à estabilidade inter-temporal de um instrumento. Este é o grau com que um instrumento de medição fornece resultados estáveis no tempo medido através do chamado método do teste repetido. Para a aplicação deste método procedeu-se a nova medição com o mesmo instrumento e com as mesmas pessoas, após uma semana (Ferreira & Marques, 1998).

A versão portuguesa do SRS-22r foi entregue em dois momentos avaliativos. No primeiro momento o questionário foi distribuído pela autora do presente estudo, no final da consulta com o médico(a). Uma semana depois os doentes preencheram novamente o mesmo questionário, sendo este o intervalo de tempo utilizado no estudo original. Os dados do instrumento foram recolhidos pela segunda vez através duma carta pré-paga entregue no primeiro momento e após um aviso telefónico com uma semana de intervalo. Posteriormente, todos os doentes remeteram a carta que lhes tinha sido previamente entregue para o investigador sem quaisquer encargos.

Simultaneamente à versão portuguesa do SRS-22r foi passada uma ficha de caracterização do doente (Apêndice M) para posteriores contactos necessários e a versão portuguesa do MOS SF-36, devidamente validada por Ferreira em 2000 para aferir a validade de critério concomitante/concorrencial.

A validade concomitante diz respeito ao poder substitutivo do instrumento e é testada através da correlação do questionário a validar com uma medida padrão de ouro/medida de critério. Ambos os instrumentos são administrados ao mesmo tempo. Este tipo de validade está compreendido na validade de critério que demonstra até que ponto os valores obtidos pelo instrumento estão relacionados com uma medida de critério (Ferreira & Marques, 1998).

Tal como descrito por Ware e Gandek em 1998, o SF-36 permite medir oito principais dimensões em saúde, todas elas através de vários itens. A escala de função física (FF) destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas. As escalas de desempenho medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou a problemas emocionais (DE), ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em o realizar.

As escalas para a dor (DR) representam não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal. A escala referente à saúde em geral (SG) mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde actual, a resistência à doença e o aspecto saudável. A escala de vitalidade (VT) inclui os níveis de energia e de fadiga e a escala de função social (FS) capta a quantidade e a qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades. Por fim, a escala de saúde mental (SM) inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico (Ferreira & Santana, 2003).

A versão do SF-36 utilizada no estudo, versão 2 (v2) (Anexo F), distingue-se da versão anterior essencialmente nas escalas utilizadas nas perguntas 4, 5 e 9. As duas primeiras, inicialmente com alternativas dicotómicas de resposta, passam a ser medidas numa escala de 5 pontos; a última passou de uma escala de 6 para uma escala de 5 pontos (Ferreira & Santana, 2003).

Esta medida padrão de ouro foi a escolhida para a análise da validade concomitante uma vez que se apresenta como um instrumento mais abrangente em termos de faixa etária a que se pode aplicar, validado para a língua e cultura portuguesa, ao contrário do utilizado no estudo da versão original do SRS-22r, apresentando-se assim como o instrumento mais indicado para este tipo de estudo, tendo sido utilizado na maioria das validações do SRS-22 para outros países, nomeadamente, Espanha, Turquia e China.

Durante este processo foram asseguradas todas as questões éticas assim como a confidencialidade dos dados obtidos. Todos os elementos da amostra assinaram um documento de consentimento informado (Apêndice N) após esclarecimento e informação acerca do estudo. No caso de serem menores de 18 anos, a assinatura do documento foi efectuada pelo responsável pelo jovem.

Fase 6: Análise estatística dos dados

Para o cálculo estatístico dos dados do estudo foi utilizado um computador apoiado pelo programa SPSS, versão 15.0, em conjunto com folhas de cálculo do Excel.

Foi levado a cabo um estudo descritivo para cada item de cada domínio, em que se determinou a média e o desvio padrão. Adicionalmente foi realizado o teste *t* de

Student para variáveis independentes com o objectivo de avaliar a diferença de médias e verificar se existe ou não um bom indicador relativamente à estabilidade temporal do questionário.

A fiabilidade foi estudada pela determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* que permite avaliar a reprodutibilidade ou estabilidade inter-temporal após uma nova medição com o SRS-22r, com a mesma amostra e após uma semana e pela determinação do coeficiente α de *Cronbach* de forma a avaliar a consistência interna.

No presente estudo a consistência interna, determinada pelo α de *Cronbach* foi considerada excelente quando ≥ 0.9 , muito boa de 0.80 a 0.89, boa de 0.50 a 0.79 e considerada pobre quando < 0.5 . Já em relação à estabilidade inter-temporal, determinada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, temos que, quando ≥ 0.8 existe uma estabilidade/correlação excelente, entre 0.5 e 0.8 existe uma estabilidade moderada, entre 0.3 e 0.5 existe uma estabilidade fraca e que quando < 0.3 a correlação é improvável. Todos estes valores são tidos como valores de referência e correspondem aos utilizados no estudo da versão original do SRS-22r.

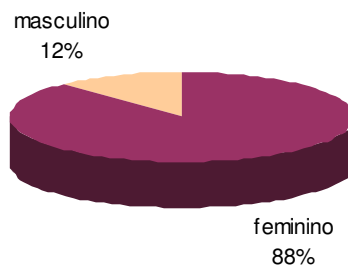
Foi ainda verificada a validade concomitante, onde utilizando uma medida padrão de ouro, o SF-36v2, foi determinado o coeficiente de correlação de *Pearson* entre os domínios do SRS-22r e os domínios do SF-36v2. A verificação deste tipo de validade pauta-se pelos mesmos valores do coeficiente de correlação de *Pearson* utilizados aquando da avaliação da reprodutibilidade teste/reteste.

5. Resultados e Discussão

O painel de peritos, seleccionado segundo os critérios apresentados anteriormente, foi constituído por cinco profissionais de saúde (três Fisioterapeutas, um Fisiatra e um Ortopedista) com conhecimentos, saberes e formas de actuação diferenciadas, e consequentemente com uma visão particular sobre o questionário, facto bastante positivo para o surgimento diversificado de sugestões facultadas em prol da melhoria de alguns conteúdos do questionário que vieram a ser alterados.

A versão portuguesa do SRS-22r foi administrada a 100 indivíduos, a generalidade pertence ao sexo feminino (88%) enquanto que o sexo masculino se encontra representado por apenas 12% do total de sujeitos como se pode constatar pela observação do gráfico seguinte (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Sexo

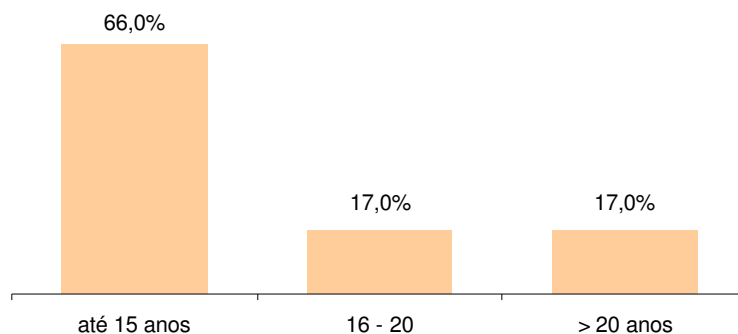


Em conformidade com o número de doentes utilizado em outras validações deste instrumento realizadas noutros países, nomeadamente em Espanha e na Turquia (países igualmente Europeus), verifica-se no presente estudo, assim como no descrito no enquadramento teórico segundo Asher & Burton, 2006, a existência de uma maior percentagem de indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino afectados por esta condição clínica o que leva a crer que existe homogeneidade em relação à distribuição desta afecção por sexos em variadas populações.

A média de idades dos participantes no presente estudo é de 17,7 anos (desvio padrão = 10,3 anos), o sujeito mais novo tem 9 anos e o mais idoso tem 57 anos. A distribuição dos participantes por escalão etário pode ser observada no gráfico 2. O

intervalo modal recai no escalão até 15 anos com 66% dos sujeitos. A idade mais frequentemente encontrada situa-se nos 15 anos (16%).

Gráfico 2 - Escalões etários



Também se verifica que o intervalo de idades encontrado neste estudo é análogo ao intervalo de idades analisado na validação espanhola o que simbolicamente representa dois países vizinhos, com uma cultura “algo” semelhante, a depararem-se com realidades muito idênticas. Em ambos os estudos, assim como no estudo turco, a média de idades dos participantes recai sobre aproximadamente o mesmo valor, indiciando mais uma vez que a condição clínica tem um “padrão” característico visível em vários pontos do mundo. O mesmo tipo de comparação não se efectiva com o estudo original uma vez que o intervalo de idades preconizado no mesmo esteve limitado pela utilização da medida padrão de ouro CHQ-CF87 para testar a validade concomitante, somente aplicável a indivíduos entre os 8 e os 18 anos de idade.

Apesar dos dados obtidos no presente estudo em relação aos intervalos de idades, à média e ao escalão etário mais afectado, não se conseguem averiguar dados epidemiológicos relativos à população portuguesa que estejam publicados, que venham dar suporte a estes resultados obtidos e que possam remeter para uma discussão relativa à distribuição dos participantes, pondo em questão se estes reflectem a realidade portuguesa ou não. No entanto, com estes dados e assim como o referido no enquadramento teórico segundo Asher & Burton, 2006; Tones et al., 2006; Reichel & Schanz, 2003, verifica-se que os adolescentes com esta condição clínica aparecem em maior número, sendo também por isso, mas não só, como já foi referido, o escalão mais afectado.

No que diz respeito à validade de conteúdo verificada através da análise das sugestões dos peritos, existiu um acordo total em quatro das questões pelo que se manteve o seu conteúdo. Em duas questões, apesar de terem sido realizadas algumas sugestões de alteração, manteve-se a versão portuguesa em análise por se aproximar mais da versão original em inglês, por manter o conteúdo de cada questão e por possuir uma boa facilidade de compreensão. Em 16 questões foram aceites as sugestões propostas devido ao facto de estarem confusas na forma como estavam elaboradas. Nas quatro questões do teste de compreensão que solicitavam uma apreciação global e pessoal da versão portuguesa do SRS-22r, a maioria do painel concordou com a generalidade das questões do questionário em estudo, sendo que apenas um perito retiraria e/ou acrescentaria alguma questão, proposta que não foi aceite por implicar alterações na estrutura do questionário que não estão previstas no processo de adaptação transcultural.

Assim, a maioria das questões manteve o seu conteúdo apenas sendo introduzidas pequenas alterações que iam no sentido de clarificar a redacção, corrigir a semântica, especificar melhor determinadas actividades e utilizar a mesma terminologia e o mesmo modo de construção frásica ao longo de todo o questionário. As sugestões aceites encontram-se mais correctas em termos de linguagem corrente mantendo todo o conteúdo da questão e apresentando uma maior facilidade de compreensão, pelo que a versão portuguesa do SRS-22r se aproxima mais da versão original.

Ao chegar a uma conclusão final relativa ao conteúdo de cada pergunta da versão portuguesa do SRS-22r, verifica-se que o nível de consenso atingido foi relativamente elevado pois foram feitas poucas sugestões, que na sua maioria iam de encontro a pontos semelhantes. Considera-se por isto, que o instrumento na amostra em estudo apresenta validade de conteúdo.

A estatística descritiva de cada um dos domínios do SRS-22r nos dois momentos de aplicação pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas

Domínios	N	1ª Aplicação		2ª Aplicação	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Função	100	4,1200	0,66424	4,1520	0,68527
Dor	100	4,1060	0,72220	4,1720	0,71238
Auto-Imagem	100	3,3760	0,76133	3,5000	0,77980
Saúde Mental	100	3,9280	0,83776	4,0180	0,85663
Satisfação	100	4,2150	0,71864	4,2050	0,73887
Total sem satisfação	100	3,8825	0,56615	3,9605	0,57456
Total Geral	100	3,9127	0,52703	3,9827	0,53968

Relativamente às médias dos domínios nas duas aplicações do questionário verifica-se que a diferença não é estatisticamente significativa:

- Função $t(99) = -0,347, p = 0,730$;
- Dor $t(99) = -0,593, p = 0,554$;
- Auto-Imagem $t(99) = -1,157, p = 0,250$;
- Saúde Mental $t(99) = -0,694, p = 0,490$;
- Satisfação $t(99) = 0,102, p = 0,919$.

Isto dá-nos um bom indicador relativamente à estabilidade temporal do questionário. O teste utilizado para a comparação de médias foi o teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas pois estamos a comparar os mesmos sujeitos em dois momentos diferentes.

Quando se analisa a estabilidade temporal (teste/reteste) constata-se que os coeficientes de correlação entre as duas aplicações se assemelham genericamente aos do estudo original. O domínio que revelou melhor estabilidade temporal, no caso da versão portuguesa do SRS-22r, foi o domínio saúde mental (0.88) e o domínio com estabilidade mais reduzida foi o domínio satisfação (0.59). Acrescenta-se que no caso deste último domínio o padrão de estabilidade temporal foi idêntico ao estudo original (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlações teste/reteste

	Versão Portuguesa do SRS-22r	Glattes et al. (2007)
Função	0.83	0.76
Dor	0.79	0.80
Auto-Imagem	0.75	0.78
Saúde Mental	0.88	0.74
Satisfação	0.59	0.56

A média dos coeficientes de correlação da versão portuguesa do SRS-22r é de 0.77, o que é ligeiramente superior à média do estudo original (0.73).

Apesar de ter sido analisada através duma função estatística de correlação diferente do estudo original, por se considerar mais apropriado, os valores do coeficiente de correlação para a reprodutibilidade teste/reteste assemelham-se genericamente aos do estudo original, tendo sido melhor que este nos domínios da função, saúde mental e satisfação, assim como em todo o instrumento no geral.

A consistência interna foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna α de *Cronbach*. Genericamente, quando comparamos os valores que obtivemos e os valores de consistência originais, conclui-se que não existem diferenças muito acentuadas. Os valores do presente estudo oscilam entre 0.65 (boa consistência interna) e 0.92 (excelente) (Tabela 3).

Tabela 3 - Consistência Interna, α de *Cronbach*

	Versão Portuguesa do SRS-22r	Glattes et al. (2007)
Função	0,651	0.82
Dor	0.786	0.81
Auto-Imagem	0.761	0.71
Saúde Mental	0.918	0.79
Satisfação	0.801	0.93

A média do α de *Cronbach* na versão portuguesa do SRS-22r é de 0.78, o que demonstra uma boa consistência interna. A média do estudo original foi de 0.81, muito semelhante ao valor da versão portuguesa.

Os coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do SRS22r e o SF-36v2 podem ser observados na tabela 4. Com exceção do domínio da satisfação, todos os coeficientes de correlação são positivos e estatisticamente significativos. O coeficiente de correlação mais elevado foi entre o domínio saúde mental do SRS-22r e domínio saúde mental do SF-36v2 (0.875, considerada excelente). A correlação do domínio dor do SRS-22r e domínio dor corporal do SF-36v2 também se revelou excelente (0.815).

Tabela 4 - Correlações SRS-22r versus SF-36v2

Domínios SRS-22r	Domínio SF-36v2	Correlações
Função	Função Física	0,484(**)
	Desempenho Físico	0,508(**)
	Dor Corporal	0,362(**)
	Saúde Geral	0,360(**)
Dor	Dor Corporal	0,815(**)
	Função Física	0,484(**)
	Desempenho Físico	0,486(**)
Auto-Imagem	Saúde Geral	0,490(**)
	Função Social	0,481(**)
	Função Física	0,330(**)
Saúde Mental	Saúde Mental	0,875(**)
	Função Social	0,480(**)
	Vitalidade	0,658(**)
Satisfação	Função Física	-0,022
	Desempenho Físico	0,028
	Dor Corporal	0,027
	Saúde Geral	0,061

** Correlação significativa para um nível 0.01 (bi-caudal).

Assim sendo, para a validade concomitante, a correlação entre o SRS-22r e o SF-36v2 verificou-se positiva e estatisticamente significativa, como já foi referido, excepto para o domínio da satisfação do SRS-22r que comparativamente não apresentava qualquer relação com os domínios do SF-36v2, já se esperando uma diminuta correlação. Acresce o facto de não se poderem fazer comparações com o estudo da versão original, pois neste a validade concomitante foi testada entre o SRS-22r e o CHQ-CF87, apesar de que também neste, as correlações foram baixas tendo-se verificado uma correlação estatisticamente não significativa para o domínio da satisfação.

Após a realização das análises estatísticas anteriores considera-se que os objectivos propostos foram atingidos e verifica-se que mais do que o estritamente necessário para adaptar transculturalmente um instrumento foi desenvolvido pois segundo o ERGHO, para que se considere determinada medida com equivalência cultural basta apenas obter as equivalências conceptual e linguística pois as validações psicométricas já foram previamente abordadas como validade de conteúdo. De acordo com esta definição é notório um minudenciar na avaliação das propriedades psicométricas deste trabalho na tentativa de fazer dele um exemplar a seguir.

Comprovada que está a validade e fiabilidade da versão portuguesa do SRS-22r denota-se que este instrumento, pelos domínios que avalia, se mostra claramente como um questionário amplamente abrangente na avaliação que faz do indivíduo e que comparativamente à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF) demonstra ter um forte cariz biopsicossocial.

Por esta razão ponderou-se analisar, através dos dados disponíveis no presente estudo, as relações entre o sexo dos sujeitos em estudo e a sua qualidade de vida avaliada através do SRS-22r. Deste modo, formula-se genericamente a hipótese de que o sexo influencia significativamente a percepção da qualidade de vida dos indivíduos em estudo. Como estamos a comparar dois grupos em variáveis dependentes, medidas em escalas de rácio, vamos utilizar o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Foi utilizado como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula (hipótese de igualdade) um nível de significância de $\alpha \leq 0,05$. No entanto, sempre que foram encontradas diferenças significativas para um $\alpha \leq 0,10$ foi feita referência.

As relações entre o sexo dos sujeitos em estudo e a sua qualidade de vida avaliada através do SRS-22r, foram analisadas através do teste *t* de *Student* (Tabela 5).

Tabela 5 - Teste *t* de *Student* para amostras independentes

	<i>t</i>	Gl	Sig. (bi-caudal)
Função	0,387	98	0,699
Dor	-0,906	98	0,367
Auto-Imagem	-1,836	98	0,069 *
Saúde Mental	-1,961	98	0,053 *
Satisfação	-0,179	98	0,858
Total sem satisfação	-1,510	98	0,134
Total Geral	-1,497	98	0,138

* $\alpha \leq 0,10$

Como se constata, não se encontram diferenças significativas para $\alpha \leq 0,05$ em todos os domínios, o que significa que o sexo feminino e o sexo masculino não se diferenciam em termos da sua percepção da qualidade de vida. No entanto, para um $\alpha \leq 0,10$ encontramos duas diferenças significativas:

- **Auto-Imagem**, os sujeitos do sexo masculino consideram que têm melhor auto-imagem do que os do sexo feminino (média 3,75 versus 3,32).

- **Saúde mental**, os sujeitos do sexo masculino consideram que têm melhor saúde mental do que os do sexo feminino (média 4,3 versus 3,86).

Estes resultados são comparáveis ao que é descrito no enquadramento teórico segundo Tones et al., 2006; Sapountzi-Krepia et al., 2006; Asher & Burton, 2006; Reichel & Schanz, 2003, constatando-se que o sexo feminino é aquele que sofre um impacto maior com a presença desta condição clínica.

De referir que, aquando da passagem do questionário, numa primeira abordagem a um doente do sexo feminino, a carga emocional negativa que ela transportava era tão evidente que à partida se recusou a colaborar no estudo, de tão afectada que estava psicologicamente.

Relativamente aos restantes domínios, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, constata-se que em apenas um único domínio (função) os sujeitos do sexo feminino obtêm valores superiores aos do sexo masculino (média 4,12 versus 4,05), o que parece indicar que, devido à condição clínica, o sexo feminino não deixa de cumprir com as suas tarefas e actividades, enquanto que o sexo masculino considera a condição um entrave à realização das suas funções (Tabela 6).

Tabela 6 - Estatísticas descritivas

	Sexo	Média	Desvio Padrão
Função	Feminino	4,1295	0,65463
	Masculino	4,0500	0,75859
Dor	Feminino	4,0818	0,73384
	Masculino	4,2833	0,62933
Auto-Imagem	Feminino	3,3250	0,77567
	Masculino	3,7500	0,53343
Saúde Mental	Feminino	3,8682	0,85709
	Masculino	4,3667	0,51757
Satisfação	Feminino	4,2102	0,72604
	Masculino	4,2500	0,69085
Total sem satisfação	Feminino	3,8511	0,58477
	Masculino	4,1125	0,33853
Total Geral	Feminino	3,8838	0,54627
	Masculino	4,1250	0,28951

Também as possíveis relações entre a idade dos sujeitos em estudo e a sua qualidade de vida avaliada através do SRS-22r foram estudadas tendo sido utilizado o teste *Anova* para um factor, uma vez que estamos a comparar três grupos em variáveis dependentes, medidas em escalas de rácio (Tabela 7).

Tabela 7 - ANOVA One-Way

	Gl	F	Sig.
Função	2	0,224	0,799
Dor	2	5,816	0,004 *
Auto-Imagem	2	4,177	0,018 *
Saúde Mental	2	11,320	0,000 **
Satisfação	2	0,308	0,736
Total sem satisfação	2	6,282	0,003 *
Total Geral	2	5,693	0,005 *

* $\alpha \leq 0,05$ ** $\alpha \leq 0,01$

Segundo este, encontram-se as seguintes diferenças:

- **Dor**, o teste de comparação múltipla à posteriori de *Tukey* indica que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com idade superior a 20 anos e os restantes grupos (16-20 anos e até aos 15 anos), sendo que os mais velhos consideram que sentem mais dor, queixando-se mais, enquanto que os mais novos não atribuem a esse domínio um valor tão elevado e não sendo por isso tão afectados, como descrito no enquadramento teórico segundo Tones et al., 2006 (Tabela 8).

Tabela 8 - Teste de Tukey

Grupo de idades	N	Subconjunto para $\alpha = 0.05$	
		1	2
> 20	17	3,6000	
16 – 20	17		4,0941
até 15 anos	66		4,2394
Sig.		1,000	0,759

- **Auto-Imagem**, o teste de comparação múltipla à posteriori de *Tukey* indica que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com idade superior a 20 anos e os sujeitos com idade 16-20 anos, sendo que os mais velhos consideram que tem menor auto-imagem (Tabela 9).

Tabela 9 - Teste de Tukey

Grupo de idades	N	Subconjunto para $\alpha = 0.05$	
		1	2
> 20	17	2,9882	
até 15 anos	66	3,3879	3,3879
16 – 20	17		3,7176
Sig.		0,168	0,295

Este facto é facilmente explicado pelo observado aquando da fase de teste ao instrumento em doentes com mais idade que durante o preenchimento do questionário mostravam, através do seu discurso, ter uma consciência corporal e social mais “madura” devido à idade, atribuindo por isso uma carga mais negativa ao impacto que a Escoliose tinha neles.

- **Saúde mental**, o teste de comparação múltipla à posteriori de *Tukey* indica que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com idade superior a 20 anos e os restantes grupos (16-20 anos e até aos 15 anos), sendo que os mais velhos tem valores mais baixos neste domínio (Tabela 10).

Tabela 10 - Teste de Tukey

Grupo de idades	N	Subconjunto para $\alpha = 0.05$	
		1	2
> 20	17	3,1412	
16 – 20	17		3,9412
até 15 anos	66		4,1273
Sig.		1,000	0,691

Este impacto na auto-imagem e na saúde mental (aspectos ligados ao foro psicológico), que se observa principalmente nos doentes com mais idade, é o bastante para que percebamos que enquanto adolescentes, quando confrontados com o

diagnóstico e as opções de tratamento, a maioria destes não se encontra preparada para aceitar toda a “realidade” inerente à doença. Por isso, aqui se refere a necessidade de suporte psicológico e emocional aos doentes e familiares, de forma a explicar a melhor forma de lidar com o problema, os diversos procedimentos a seguir, as fases a atravessar e a esclarecer qualquer dúvida inerente ao processo de aceitação da condição clínica. Profissionais qualificados e especializados, conhecedores reais do drama que é vivido e prontos a aconselhar devem ser integrados em equipas interdisciplinares onde o acompanhamento a estes doentes é feito.

- **Total**, o teste de comparação múltipla à posteriori de *Tukey* indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com idade superior a 20 anos e os restantes grupos (16-20 anos e até aos 15 anos), sendo que os doentes com mais idade sentem que têm menor qualidade de vida (Tabela 11).

Tabela 11 - Teste de Tukey

Grupo de idades	N	Subconjunto para $\alpha = 0.05$	
		1	2
> 20	17	3,4618	
16 – 20	17		3,9441
até 15 anos	66		3,9750
Sig.		1,000	0,980

- **Total geral**, o teste de comparação múltipla à posteriori de *Tukey* indica-nos o mesmo que o verificado anteriormente no total do questionário sem o domínio da satisfação (Tabela 12).

Tabela 12 - Teste de Tukey

Grupo de idades	N	Subconjunto para $\alpha = 0.05$	
		1	2
> 20	17	3,5374	
16 – 20	17		3,9759
até 15 anos	66		3,9931
Sig.		1,000	0,993

De referir ainda que, nos totais do questionário, são os doentes com mais idade (mais de 20 anos) que apresentam uma menor qualidade de vida, remetendo-nos novamente para o facto de estes com o passar dos anos, ao sentirem todo o impacto desta doença crónica, desenvolverem uma consciência mais desperta para o real impacto negativo que esta condição clínica acarreta.

6. Conclusão

Conclui-se que a versão final portuguesa do SRS-22r, na amostra em estudo, possui validade de conteúdo, estabilidade inter-temporal, consistência interna e validade concomitante, podendo por isso ser utilizada na prática clínica uma vez que se considera importante a sua utilização no sentido de facilitar a compreensão do impacto da Escoliose na qualidade de vida dos doentes.

A sua utilização vai permitir informar o paciente acerca dos possíveis efeitos da intervenção, auxiliar na escolha de um tratamento e permitir aos profissionais de saúde explorar muitas áreas de interesse como a percepção do doente em relação à sua condição clínica e satisfação com o tratamento, avaliando desta forma a sua qualidade de vida de modo a promovê-la da melhor forma possível.

Pretendeu-se dar um primeiro contributo no processo de tradução e adaptação do SRS-22r para Portugal, pelo que se sugere a realização de estudos futuros com amostras mais representativas e que visem outras características métricas que não foram agora contempladas, tais como: a validade de construção, aceitabilidade pelos doentes e sensibilidade. Esta última, de forma a poder avaliar-se a evolução de cada doente, percebendo primeiro se a versão portuguesa do SRS-22r reflecte ou não pequenas mudanças, e em segundo se estas são ou não clinicamente significativas. Podem ainda ser consideradas outras variáveis como a caracterização mais específica do tipo de curvatura, o grau das curvaturas, a fase e tipo de tratamento e a etiologia das Escolioses.

Uma limitação encontrada neste estudo prende-se com o facto de não se poder garantir a representatividade da amostra face à população portuguesa devido ao reduzido número de indivíduos pertencentes à amostra e à sua selecção ter sido realizada por conveniência.

Poderia também ser posto em questão o facto de a amostra ter sido obtida numa zona limitada do país, Lisboa, num só hospital, concretamente o HCC, mas esse facto não se apresenta como limitação ao estudo pois o HCC é considerado o Hospital Nacional de Referência para acompanhar doentes com Escoliose, dos poucos em Portugal com consulta específica para este tipo de condição clínica, para onde a maioria dos

doentes de Portugal Continental e Ilhas são encaminhados, sendo dos únicos hospitais, senão o único, onde no Serviço de Medicina Física e Reabilitação se encontram Fisioterapeutas qualificados e especializados para trabalhar com estes doentes.

Por este motivo, a escolha deste único hospital para recolha da amostra foi uma boa opção e não representa uma limitação para o presente estudo.

Por último, e voltando ao que poderá ser realizado com este instrumento no futuro, deparamo-nos com a possibilidade de realizar novos estudos que poderão verificar a congruência e facilidade de aplicação deste questionário por profissionais que não a conheçam.

Com este estudo, procurou-se dar resposta a uma necessidade sentida pelos profissionais de saúde a trabalhar com doentes com Escoliose, facultando a estes um instrumento caracterizado metodologicamente.

7. Referências Bibliográficas

Asher, M.A., & Burton, D.C. (31 de Março de 2006). Adolescent idiopathic scoliosis: natural history and long term treatment effects. *Scoliosis*, 1 (2). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/1/1/2>

Asher, M.A., Lai, S.M., Burton, D.C., & Manna, B. (2003). The Reliability and Concurrent Validity of Scoliosis Research Society-22 Patient Questionnaire for Idiopathic Scoliosis. *Spine*, 28 (1), 63-69.

Bagnall, K.M. (02 de Fevereiro de 2008). Using a synthesis of the research literature related to the aetiology of adolescent idiopathic scoliosis to provide ideas on future directions for success. *Scoliosis*, 3 (5). Consultado a 10 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/3/1/5>

Bago, J., Climent, J.M., Ey, A., Perez-Grueso, F. J. S., & Izquierdo, E. (2004). The Spanish Version of the SRS-22 Patient Questionnaire for Idiopathic Scoliosis: Transcultural Adaptation and Reliability Analysis. *Spine*, 29 (15), 1676-1680.

Botens-Helmus, C., Klein, R., & Stephan, C. (19 de Dezembro de 2006). The reliability of the Bad Sobernheim Stress Questionnaire (BSSQbrace) in adolescents with scoliosis during brace treatment. *Scoliosis*, 1 (22). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/1/1/22>

Bunge, E.M., Juttmann, R.E., Kleuver, M., Van Biezen, F.C., Koning, H.J., & The NESCIQ group. (2007). Health-related quality of life in patients with adolescent idiopathic scoliosis after treatment: short-term effects after brace or surgical treatment. *European Spine Journal*, 16, 83-89.

Cheung, K.M.C., Cheng, E.Y.L., Chan, S.C.W., Yeung, K.W.K. & Luk, K.D.K. (2007). Outcome assessment of bracing in adolescent idiopathic scoliosis by the use of the SRS-22 questionnaire. *Internacional Orthopaedics (SICOT)*, 31, 507-511.

Cheung, K.M.C., Senkoylu, A., Alanay, A., Genc, Y., Lau, S., & Luk, K.D.K. (2007). Reliability and Concurrent Validity of the Adapted Chinese Version of Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) Questionnaire. *Spine*, 32 (10), 1141-1145.

Dalton, E. (Abril/Maio de 2006). Straight Talk. Symptomatic Scoliosis. *Massage & Bodywork*. Consultado a 27 de Novembro através de <http://erikdalton.com/article%20Symptomatic%20Scoliosis.pdf>

Ferreira, P.L., & Marques, F.B. (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*. (Documento de Trabalho 1). Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Ferreira, P. L. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 15-30.

Glattes, R. C., Burton, D. C., Min Lai, S., Frasier, E., & Asher, M. A. (2007). The Reliability and Concurrent Validity of the Scoliosis Research Society-22r Patient Questionnaire Compared With the Child Health Questionnaire-CF87 Patient Questionnaire for Adolescent Spinal Deformity. *Spine*, 32 (16), 1778-1784.

Grivas, T.B. & Savvidou, O.D. (04 de Abril de 2007). Melatonin the “light of night” in human biology and adolescent idiopathic scoliosis. *Scoliosis*, 2 (6). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/2/1/6>

Harms, J. (2007). Spine Surgery Information Portal. Consultado a 27 de Novembro através de <http://www.harms-spinesurgery.com>

Kotwicki, T., Kinel, E., Stryla, W., & Szulc, A. (03 de Janeiro de 2007). Estimation of the stress related to conservative scoliosis therapy: an analysis based on BSSQ questionnaires. *Scoliosis*, 2 (1). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/2/1/1>

Lonstein, J.E., Bradford, D.S., Winter, R.B., Ogilvie, J. (1995). *Moe's, Textbook of Scoliosis and Other Spinal Deformities* (3rd ed.). Philadelphia: WB Saunders Company.

Lowe, T.G., Edgar, M., Margulies, J.Y., Miller, N.H., Raso, V.J., Reinker, K.A. et al. (2000). Current Concepts Review. Etiology of Idiopathic Scoliosis: Current Trends in Research. *The Journal of Bone and Joint Surgery, Incorporated*, 82-A (8), 1157-1168.

Negrini, S. & Carabalona, R. (24 de Agosto de 2006). Social acceptability of treatments for adolescent idiopathic scoliosis: a cross-sectional study. *Scoliosis*, 1 (14). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/1/1/14>

Negrini, S., Grivas, T.B., Kotwicki, T., Maruyama, T., Rigo, M., Weiss, H.R. et al. (10 de Abril de 2006). Why do we treat adolescent idiopathic scoliosis? What we want to obtain and to avoid for our patients. SOSORT 2005 Consensus paper. *Scoliosis*, 1 (4). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/1/1/4>

Racero, G.A. (2003). *Efficiency of the treatment of Global Posture Reeducation (RPG) in adolescents with Combined Idiopathic Scoliosis attended with a weekly frequency*. Tese de Doutoramento apresentada à UPV-EHU, Guipúzcoa. Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.rpg.org.es/idiopatica.pdf>

Reichel, D., & Schanz, J. (2003). Developmental psychological aspects of scoliosis treatment. *Pediatric Rehabilitation*, 6 (3-4), 221-225.

Sapountzi-Krepia, D., Psychogiou, M., Peterson, D., Zafiri, V., Iordanopoulou, E., Michailidou, F. et al. (22 de Maio de 2006). The experience of brace treatment in children/adolescents with scoliosis. *Scoliosis*, 1 (8). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/1/1/8>

SOSORT guideline committee, Weiss, H., Negrini, S., Rigo, M., Kotwicki, T., Hawes, M. et al. (08 de Maio de 2006). Indications for conservative management of scoliosis (guidelines). *Scoliosis*, 1 (5). Consultado a 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/1/1/5>

Tones, M., Moss, N., & Polly, D.W. Jr. (2006). A Review of Quality of Life and Psychosocial Issue in Scoliosis. *Spine*, 31 (26), 3027-3038.

Ugwonali, O.F., Lomas, G., Choe, J.C., Hyman, J.E., Lee, F.Y., Vitale, M.G. et al. (2004). Effect of bracing on the quality of life of adolescents with idiopathic scoliosis. *The Spine Journal*, 4, 254-260.

Weiss, H.R. (31 de Dezembro de 2007). Is there a body of evidence for the treatment of patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS)? *Scoliosis*, 2 (19). Consultado a 10 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/2/1/19>

Weiss, H.R. (2003). Rehabilitation of adolescent patients with scoliosis – what do we know? A review of the literature. *Pediatric Rehabilitation*, 6 (3-4), 183-194.

Weiss, H.R., & Klein, R. (2006). Improving excellence in scoliosis rehabilitation: a controlled study of matched pairs. *Pediatric Rehabilitation*, 9 (3), 190-200.

Weiss, H.R., Negrini, S., Hawes, M.C., Rigo, M., Kotwicki, T., Grivas, T.B. et al. (11 de Maio de 2006). Physical exercises in the treatment of idiopathic scoliosis at risk of brace treatment – SOSORT consensus paper 2005. *Scoliosis*, 1 (6). Consultado a 10 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.scoliosisjournal.com/content/1/1/6>

8. Apêndices

Apêndice A

Pedido de autorização ao autor

Dr. Marc Asher,

I am a Portuguese Physical Therapist/Student at Universidade Atlântica in Lisbon, and I am working in an investigation project, and I would like to ask your permission to do cross cultural validation of the Scoliosis Research Society-22 Patient Questionnaire – “The Reliability and Concurrent Validity of the Scoliosis Research Society-22 Patient Questionnaire for Idiopathic Scoliosis. Marc Asher, Sue Min Lai, Doug Burton, Barbara Manna.”

Thank you in advance,
Cátia Silva

Apêndice B

Pedido de autorização ao conselho de administração do HCC

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital Curry Cabral

Data: 27 Novembro de 2007

Assunto: Autorização para realização de estudo

Exmo. Senhor,

Cátia Sofia Vieira da Silva, aluna da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, a residir na Rua Camilo Castelo Branco, nº28, Moinhos da Funcheira, 2650-356 Amadora, com o número de telemóvel 966194747 e e-mail katia_vieira_silva@hotmail.com, vem por este meio, solicitar autorização para a realização de um estudo no Hospital Curry Cabral no âmbito da licenciatura bi-etápica em Fisioterapia, da Universidade Atlântica.

Neste estudo pretende-se efectuar a adaptação transcultural e validação do questionário Scoliosis Research Society-22 Patient Questionnaire for Idiopathic Scoliosis (SRS-22) para a língua portuguesa. O SRS-22 é um instrumento de medida amplamente aceite nos Estados Unidos da América, divulgado e utilizado actualmente na União Europeia, para avaliar a qualidade de vida em utentes com Escoliose Idiopática. A sua adaptação e validação para outras línguas, além da original, é necessária para a aplicação correcta em outros países.

Esta ferramenta de avaliação específica facilita a comparação de resultados entre as diferentes formas de intervenção na Escoliose, permite informar o paciente sobre os possíveis efeitos da intervenção e auxilia ainda na escolha de um tratamento. Uma vez que a sua importância na prática clínica é evidente, pretende-se testar as propriedades psicométricas para a validação deste instrumento.

Desenvolvido por Asher et al. (2003), o SRS-22 é um instrumento que possui vinte e duas questões agrupadas nos domínios: função/actividade; dor; auto-imagem/aparência; saúde mental e satisfação com o tratamento. É um questionário de qualidade de vida que permite aos profissionais de saúde explorar muitas áreas de interesse, como a percepção do utente em relação à sua condição de saúde e satisfação com o tratamento.

Ao autor do questionário, Dr. Asher, foi pedida a sua autorização para a implementação do estudo em Portugal, a qual foi autorizada.

O director do Serviço de Ortopedia Dr. António Alves Jana, a directora do Serviço de Medicina Física e Reabilitação Dra. Eugénia Vieira, assim como Dr. Joaquim Sancho, médico fisiatra, responsável pela consulta de desvios da coluna e a Fisioterapeuta Laura Sá Torres, foram contactados no sentido de pedir a sua autorização e colaboração no estudo.

Descrição do estudo: Para a realização do estudo será utilizado o questionário SRS-22 (versão portuguesa). O questionário SRS-22 é passado em 2 momentos. No primeiro momento o questionário será distribuído pela autora do estudo, no final da consulta com médico que o(a) segue habitualmente. Uma semana depois os utentes preencherão novamente o mesmo questionário. Os dados do instrumento serão recolhidos pela segunda vez por telefone ou por carta enviada aos utentes, que os irão remeter depois para o investigador sem quaisquer encargos.

A amostra será constituída por utentes das várias consultas de Escoliose do Hospital Curry Cabral, com Escoliose Idiopática pertencentes a qualquer um dos seguintes grupos: apenas sobre vigilância (sem qualquer tipo de tratamento); que usem ortóteses de correcção; que façam preparação para cirurgia; que já tenham sido tratados cirurgicamente.

No final do processo os resultados do estudo poderão ser cedidos ao Hospital Curry Cabral.

Lisboa, 27 de Novembro de 2007

Atentamente,

Junto anexo:

- Questionário original
- Ficha de Caracterização do Utente
- Declaração de consentimento informado
- Carta da Universidade Atlântica

Apêndice C

Traduções do SRS-22r

Questionário do doente SRS-22r

Nome do utente:

Data de nascimento:

Data de preenchimento:

Idade: ____ + ____
Anos Meses

Nº de processo:

INSTRUÇÕES: Estamos a avaliar cuidadosamente o estado da sua coluna e é **IMPORTANTE QUE SEJA VOCÊ MESMO A RESPONDER A TODAS ESTAS QUESTÕES**. Por favor coloque um **CÍRCULO NUMA SÓ RESPOSTA QUE MELHOR DESCREVA A SUA CONDIÇÃO**.

1. Qual das expressões seguintes melhor descreve a quantidade de dor que sentiu nos últimos 6 meses?

Nenhuma
Ténue
Moderada
Moderada a severa
Severa

2. Qual das expressões seguintes melhor descreve a quantidade de dor que sentiu no último mês?

Nenhuma
Ténue
Moderada
Moderada a severa
Severa

3. Nos últimos 6 meses tem sido uma pessoa muito nervosa?

Em nenhuma altura
Uma pequena parte do tempo
Alguma parte do tempo
A maior parte do tempo
Sempre

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

4. Se tivesse que passar o resto da sua vida com a sua coluna na forma em que está neste presente momento, como é que se sentiria?

Muito feliz
Um pouco feliz
Nem feliz nem infeliz
Um pouco infeliz
Muito infeliz

5. Actualmente qual é o seu nível de actividade?

Acamado
Essencialmente sem actividade
Trabalho ligeiro e desportos ligeiros.
Trabalho moderado e desportos moderados.
Plenas actividades sem restrições

6. Como é que fica nas suas roupas?

Muito bem
Bem
Mais ou menos
Mal
Muito mal

7. Nos últimos 6 meses sentiu-se tão deprimido que nada o podia alegrar?

Muito frequentemente
Frequentemente
Algumas vezes
Raramente
Nunca

8. Tem dores nas costas quando está em repouso?

Muito frequentemente
Frequentemente
Algumas vezes
Raramente
Nunca

9. Actualmente qual é o seu nível de actividade no trabalho/escola?

100% normal
75% normal
50% normal
25% normal
0% normal

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

10. Qual das seguintes expressões melhor descreve a aparência do seu tronco; definido como o corpo humano à excepção da cabeça e das extremidades.
- Muito boa
 - Boa
 - Mais ou menos
 - Má
 - Muito má
11. Qual das expressões seguintes melhor descreve a medicação que usa para as dores nas costas?
- Nenhuma
 - Não narcóticos semanalmente ou menos (por exemplo, aspirina, Tilenol, Ibuprofeno)
 - Não narcóticos diários
 - Narcóticos semanalmente ou menos (por exemplo Tilenol III, Lorocet, Percocet)
 - Narcóticos diariamente
12. As suas costas diminuem a sua capacidade de fazer tarefas domésticas?
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
13. Sentiu-se calmo e tranquilo durante os últimos 6 meses?
- Sempre
 - A maior parte do tempo
 - Alguma parte do tempo
 - Uma pequena parte do tempo
 - Em nenhuma altura
14. Sente que o seu problema de coluna afecta os seus relacionamentos pessoais?
- Nunca
 - Ligeiramente
 - Medianamente
 - Moderadamente
 - Severamente

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

15. Você e/ou a sua família estão a passar por dificuldades financeiras devido ao seu problema de coluna?

Severamente
Moderadamente
Medianamente
Ligeiramente
Nunca

16. Nos últimos 6 meses têm-se sentido abatido e triste?

Nunca
Raramente
Algumas vezes
Frequentemente
Muito frequentemente

17. Durante os últimos 3 meses tirou dias de baixa do trabalho/escola devido a dores nas costas? Se sim, quantos?

0
1
2
3
4 ou mais dias

18. Você sai mais ou menos do que os seus amigos?

Muito mais
Mais
O mesmo
Menos
Muito menos

19. Você sente-se atraente com o seu problema de coluna actual?

Sim, muito
Sim, um pouco
Nem atraente nem não atraente
Não, não muito
Não, nada mesmo

20. Tem sido uma pessoa feliz nos últimos 6 meses?

Em nenhuma altura
Uma pequena parte do tempo
Alguma parte do tempo
A maior parte do tempo
Sempre

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

21. Está satisfeito com os resultados da intervenção nas suas costas?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

22. Teria novamente o mesmo tipo de intervenção se tivesse o mesmo problema?

- Definitivamente, sim
- Provavelmente, sim
- Não tenho a certeza
- Provavelmente, não
- Definitivamente, não

Obrigada por ter completado este questionário. Coloque aqui os comentários que desejar.

FIM

Tradução elaborada pela Ft. Ana Santos

03/04/08

SRS-22r Questionário para o doente

Nome do doente:

Primeiro

Meio

Último

Data de
nascimento

Mês

Dia

Ano

Data de hoje:

Mês

Dia

Ano

Idade

+

Anos

Mês

Registo médico n.º:

INSTRUÇÕES: Estamos a fazer uma avaliação cuidadosa do estado das suas costas e é **IMPORTANTE QUE SEJA VOCÊ A RESPONDER A CADA UMA DAS PERGUNTAS**. Coloque um **CÍRCULO À VOLTA DA ÚNICA E MELHOR RESPOSTA A CADA UMA DAS PERGUNTAS**.

1. Da lista seguinte, qual é a melhor descrição para o nível de dor que sentiu durante os últimos 6 meses.

Nenhuma
Ligeira
Moderada
Moderada a aguda
Aguda

2. Da lista seguinte, qual é a melhor descrição para o nível de dor que sentiu durante o último mês.

Nenhuma
Ligeira
Moderada
Moderada a aguda
Aguda

3. Durante os últimos 6 meses tem sido uma pessoa muito nervosa?

Nunca
Esporadicamente
Algumas vezes
Quase sempre
Constantemente

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

4. Se tivesse que passar o resto da sua vida com as costas no estado em que estão actualmente, o que acharia disso?

Acharia muito bem
Acharia bem
Não acharia nem bem nem mal
Acharia mal
Acharia muito mal

5. Qual é o seu actual nível de actividade?

Acamado(a)
Principalmente sem actividade
Trabalho ligeiro e desporto ligeiro.
Trabalho moderado e desporto moderado.
Todas as actividades sem restrição

6. Como é que fica nas suas roupas?

Muito bem
Bem
Satisfatoriamente
Mal
Muito mal

7. Nos últimos 6 meses sentiu-se tão desanimado(a) que nada o(a) conseguia animar?

Muito frequentemente
Frequentemente
Às vezes
Raramente
Nunca

8. Sente dores nas costas quando está em repouso?

Muito frequentemente
Frequentemente
Às vezes
Raramente
Nunca

9. Qual é o seu actual nível de actividade no emprego/escola?

100% normal
75% normal
50% normal
25% normal
0% normal

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

10. Da lista seguinte, qual é a melhor descrição do aspecto do seu tronco; definido como o corpo humano excepto cabeça e extremidades.

Muito bem
Bem
Satisfatório
Mau
Muito mau

11. Da lista seguinte, qual é a melhor descrição da utilização dos medicamentos que toma para as costas?

Nenhuma
Não narcóticos, semanalmente ou menos (por exemplo, aspirina, Tilenol, Ibuprofeno)
Não narcóticos, diariamente
Narcóticos, semanalmente ou menos (por exemplo Tilenol III, Lorocet, Percocet)
Narcóticos, diariamente

12. As suas costas limitam a sua capacidade para fazer coisas em casa?

Nunca
Raramente
Às vezes
Frequentemente
Muito frequentemente

13. Sentiu-se calma(o) e em paz durante os últimos 6 meses?

Constantemente
Quase sempre
Algumas vezes
Esporadicamente
Nunca

14. Acha que o estado das suas costas afecta as suas relações pessoais?

Nada
Muito ligeiramente
Ligeiramente
Moderadamente
Gravemente

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

15. Você e/ou a sua família estão a passar por dificuldades financeiras por causa das suas costas?

- Gravemente
- Moderadamente
- Ligeiramente
- Muito ligeiramente
- Nenhuma

16. Nos últimos 6 meses sentiu-se desanimado(a) e deprimido(a)?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

17. Nos últimos 3 meses meteu baixa no emprego ou faltou à escola devido a dores nas costas? Se afirmativo, quantos dias tirou?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

18. Sai mais ou menos do que os seus amigos?

- Muito mais
- Mais
- Igual
- Menos
- Muito menos

19. Sente-se atraente com a condição em que as suas costas estão actualmente?

- Sim, muito
- Sim, um pouco
- Nem atraente nem não atraente
- Não, não muito
- Não, nada atraente

20. Tem sido uma pessoa feliz durante os últimos 6 meses?

- Nunca
- Esporadicamente
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Constantemente

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

21. Está satisfeito(a) com os resultados do tratamento que está a fazer às costas?

Muito satisfeito
Satisfeito
Nem satisfeito nem insatisfeito
Insatisfeito
Muito insatisfeito

22. Faria o mesmo tratamento novamente se estivesse no mesmo estado?

De certeza que sim
Provavelmente sim
Não tenho a certeza
Provavelmente não
De certeza que não

Obrigada por ter respondido a este questionário. Esteja à vontade para fazer qualquer observação.

FIM

Tradução elaborada pela Prof. Paula Vassalo

02/03/08

Apêndice D

Retroversões do SRS-22r

Patient Questionnaire SRS-22r

Patient's name: _____ **Date of Birth:** _____

Filling date: _____ **Age:** _____

Process number: _____

INSTRUTIONS: We are carefully evaluating the health of your back and it's IMPORTANT THAT YOU ANSWER TO ALL QUESTIONS. Please place a CIRCLE AROUND THE ONLY AND BETTER ANSWER THAT DESCRIBE YOUR CONDITION.

1. What of the following expressions better describes the level of pain you felt in the last six months?
 - None
 - Light
 - Middle
 - Middle to severe
 - Severe

2. What of the following expressions better describes the level of pain you felt in the last month?
 - None
 - Light
 - Middle
 - Middle to severe
 - Severe

3. Do you have been a very nervous person during the last six months?
 - Never
 - Occasionally
 - Sometimes
 - Almost of the time
 - Always

4. If you had to spend the rest of your lifetime with your back like their are now, what would you think about that?
 - Would be very well
 - Would be well
 - Would be not good nor bad
 - Would be bad
 - Would be very bad

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

5. Nowadays what is your activity level?
 - In bed
 - Essentially without activity
 - Light work or light sports
 - Middle work or middle sports
 - All activities without restrictions

6. How do you look in your clothes?
 - Very well
 - Well
 - Reasonable
 - Bad
 - Very bad

7. In the last six months did you felt so unpleased that nothing could please you?
 - Very often
 - Often
 - Sometimes
 - Rarely
 - Never

8. Do you feel pain on your back when you're resting?
 - Very often
 - Often
 - Sometimes
 - Rarely
 - Never

9. Nowadays what is your activity level at work/school?
 - 100% normal
 - 75% normal
 - 50% normal
 - 25% normal
 - 0% normal

10. Which of the following expressions better describes the appearance of your torso; defined as the human body except the head and extremities?
 - Very good
 - Good
 - Reasonable
 - Bad
 - Very bad

11. Which of the following expressions better describes the medication that you use for your back pain?
 - None
 - Non-narcotics weakly or less (e.g.: aspirin, Tylenol, ibuprofen)
 - Non-narcotics daily
 - Narcotics weakly or less (e.g. Tylenol III, Lorocet, Percocet)
 - Narcotics daily

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

12. Do your back limit your capacity to do your housework?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Often
- Very often

13. Did you felt calm and relaxed during the last six months?

- Always
- Almost always
- Sometimes
- Occasionally
- Never

14. Do you feel that your back condition affect your personal relations?

- Nothing
- Very lightly
- Lightly
- Middle
- Seriously

15. You and/or your family are spending for financial difficulties because of your back?

- Seriously
- Middle
- Lightly
- Very lightly
- None

16. In the last six months did you feel down and depress?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Often
- Very often

17. In the last three months did you calling sick from work or did you miss school due to back pain? If yes, how many days?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 or more

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

18. Do you go out to spend time with your friends, more or less than them?

- Much more
- More
- The same
- Less
- Much less

19. Do you feel attractive with your actual back condition?

- Yes, very
- Yes, a little
- Neither attractive nor non attractive
- No, not really
- No, not at all

20. Have you been a happy person in the last six months?

- Never
- Occasionally
- Sometimes
- Almost always
- Always

21. Are you satisfied with the results of your back treatment?

- Very satisfied
- Satisfied
- Neither satisfied nor unsatisfied
- Unsatisfied
- Very unsatisfied

22. Would you do the same treatment, if you had the same condition?

- Definitively, yes
- Probably, yes
- Not sure
- Probably, no
- Definitively, no

Thank you for answering this questionnaire. Comment if you wish, please.

THE END

Retroversão elaborada pela Ft. Maria da Lapa Rosado
07/05/08

SRS-22r Patient Questionnaire

Patient Name:

Date of Birth:

Date:

Age:

Medical Record No:

INSTRUCTIONS: We are carefully assessing the condition of your back and it is **IMPORTANT THAT YOU ANSWER EACH OF THE QUESTIONS YOURSELF**. Please **CIRCLE THE ONE BEST ANSWER THAT DESCRIBES YOUR CONDITION**.

1. Which one of the following expressions best describes the level of pain you have experienced for the last six months?

None
Mild
Moderate
Moderate to severe
Severe

2. Which one of the following expressions best describes the level of pain you have experienced for the last month?

None
Mild
Moderate
Moderate to severe
Severe

3. Have you been a very nervous person for the last six months?

Never
At times
Sometimes
Almost always
Always

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

4. If you had to spend the rest of your life with your back shape the way it is now, how would you feel?

Very happy
Happy
Neither happy nor unhappy
Unhappy
Very unhappy

5. What is your current level of activity?

Bedridden
Inactive
Light Labour and light sports
Moderate labour and moderate sports
Every activity with no restrictions

6. How do you look in your clothes?

Very good
Good
Fairly good
Bad
Very bad

7. Over the last six months did you feel so down that nothing could cheer you up?

Very frequently
Frequently
Sometimes
Rarely
Never

8. Does your back hurt when you are at rest?

Very frequently
Frequently
Sometimes
Rarely
Never

9. What is your current level of activity at work/school?

100% Normal
75% Normal
50% Normal
25% Normal
0% Normal

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

10. Which of the following expressions best describes the appearance of your trunk; defined as the human body except for the head and extremities.
- Very good
 - Good
 - Fairly good
 - Bad
 - Very bad
11. Which of the following expressions best describes the medication you take for your back pain?
- None
 - Non-narcotics weekly or less (e.g. aspirin, Tylenol, Ibuprofen)
 - Non-narcotics daily
 - Narcotics weekly or less (e.g. Tylenol III, Lorocet, Percocet)
 - Narcotics daily
12. Does your back limit your ability to do things at home?
- Never
 - Rarely
 - Sometimes
 - Frequently
 - Very frequently
13. Have you felt calm over the last six months?
- Always
 - Almost always
 - Sometimes
 - At times
 - Never
14. Do you feel that your back condition affects your personal relationships in any way?
- None
 - Very slightly
 - Slightly
 - Moderately
 - Severely

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

15. Are you/your family going through financial difficulties because of your back?

Severely
Moderately
Slightly
Very slightly
None

16. Have you felt down and depressed over the past six months?

Never
Rarely
Sometimes
Frequently
Very frequently

17. Over the last 3 months have you taken any sick days from work/school due to back pain? If so, how many days?

0
1
2
3
4 or more

18. Do you go out more or less than your friends?

Much more
More
The same
Less
Much less

19. Do you feel attractive with your back the way it is now?

Yes, very
Yes, a little
Neither attractive nor unattractive
No, not much
No, not at all

20. Have you been a happy person for the last six months?

Never
At times
Sometimes
Almost always
Always

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

21. Are you satisfied with the results of your back treatment?

- Very satisfied
- Satisfied
- Neither satisfied nor unsatisfied
- Unsatisfied
- Very unsatisfied

22. Would you do the same treatment to your back if you had the same condition?

- Definitely yes
- Probably yes
- Not sure
- Probably not
- Definitely not

Thank you for answering this questionnaire. Please comment if you wish.

THE END

Retroversão elaborada pela Professora Marina Martins

29/04/08

Apêndice E

Sintetização das traduções do SRS-22r

	Original	Tradução 1	Tradução 2	Consenso
T	SRS-22 Patient Questionnaire	SRS-22 Questionário para o doente	Questionário do doente SRS-22	Questionário do utente SRS-22
C	Patient Name Today's Date Medical Record #	Nome do doente Data de hoje Registo médico n.º	Nome do utente Data de preenchimento Nº de processo	Aceite tradução 2
I	We are carefully evaluating the condition of your back important that you answer each of these questions yourself please circle the one best answer to each question	Estamos a fazer uma avaliação cuidadosa do estado das suas costas importante que seja você a responder a cada uma das perguntas coloque um círculo à volta da única e melhor resposta a cada uma das perguntas	Estamos a avaliar cuidadosamente o estado da sua coluna importante que seja você mesmo a responder a todas estas questões por favor coloque um círculo numa só resposta que melhor descreva a sua condição	Estamos a avaliar cuidadosamente o estado das suas costas e é IMPORTANTE QUE SEJA VOCÊ A RESPONDER A CADA UMA DAS QUESTÕES. Por favor coloque um CÍRCULO À VOLTA DA ÚNICA E MELHOR RESPOSTA QUE DESCREVE A SUA CONDIÇÃO.
1	Which one of the following best describes the amount of pain Mild Moderate to severe	Da lista seguinte, qual é a melhor descrição para o nível de dor Ligeira Moderada a aguda	Qual das expressões seguintes melhor descreve a quantidade de dor Ténue Moderada a severa	Qual das seguintes expressões melhor descreve o grau de dor que sentiu nos últimos 6 meses? Ligeiro Moderado a grave
3	During the past 6 months None of the time A little of the time Some of the time Most of the time All of the time	Durante os últimos 6 meses Nunca Esporadicamente Algumas vezes Quase sempre Constantemente	Nos últimos 6 meses Em nenhuma altura Uma pequena parte do tempo Alguma parte do tempo A maior parte do tempo Sempre	Durante os últimos 6 meses Nunca Raramente Algumas vezes Quase sempre Sempre
4	spend the rest of your life with your back shape as it is right now how would you feel about it Very happy Somewhat happy Neither happy nor unhappy Somewhat unhappy Very unhappy	passar o resto da sua vida com as costas no estado em que estão actualmente o que acharia disso Acharia muito bem Acharia bem Não acharia nem bem nem mal Acharia mal Acharia muito mal	passar o resto da sua vida com a sua coluna na forma em que está neste presente momento como é que se sentiria Muito feliz Um pouco feliz Nem feliz nem infeliz Um pouco infeliz Muito infeliz	passar o resto da sua vida com as costas da forma como estão actualmente, o que acharia disso? Acharia muito bem Acharia bem Não acharia nem bem nem mal Acharia mal Acharia muito mal

5	What is your current level of activity Bedridden Primarily no activity Full activities without restriction	Qual é o seu actual nível de actividade Acamado(a) Principalmente sem actividade Todas as actividades sem restrição	Actualmente qual é o seu nível de actividade Acamado Essencialmente sem actividade Plenas actividades sem restrições	Actualmente qual é o seu nível de actividade? Acamado Praticamente sem actividade Todas as actividades sem restrição
6	Fair	Satisfatoriamente	Mais ou menos	Razoável
7	felt so down in the dumps that nothing could cheer you up Sometimes	sentiu-se tão desanimado(a) que nada o(a) conseguia animar Às vezes	sentiu-se tão deprimido que nada o podia alegrar Algumas vezes	Aceite tradução 1
8	Do you experience back pain	Sente dores nas costas	Tem dores nas costas	Aceite tradução 1
9	What is your current level of work/school activity	Qual é o seu actual nível de actividade no emprego/escola	Actualmente qual é o seu nível de actividade no trabalho/escola	Aceite tradução 2
10	Which of the following best describes the appearance of your trunk defined as the human body except for the head and extremities Very good Good Fair Poor Very Poor	Da lista seguinte, qual é a melhor descrição do aspecto do seu tronco definido como o corpo humano excepto cabeça e extremidades Muito bem Bem Satisfatório Mau Muito mau	Qual das seguintes expressões melhor descreve a aparência do seu tronco definido como o corpo humano à excepção da cabeça e das extremidades Muito boa Boa Mais ou menos Má Muito má	Aceite tradução 2 Razoável
11	Which one of the following best describes your pain medication use for back pain	Da lista seguinte, qual é a melhor descrição da utilização dos medicamentos que toma para as costas	Qual das expressões seguintes melhor descreve a medicação que usa para as dores nas costas	Aceite tradução 2
12	Does your back limit your ability to do things around the house	As suas costas limitam a sua capacidade para fazer coisas em casa	As suas costas diminuem a sua capacidade de fazer tarefas domésticas	Aceite tradução 1
13	Have you felt calm and peaceful	Sentiu-se calma(o) e em paz	Sentiu-se calmo e tranquilo	Aceite tradução 2
14	Do you feel that your back condition affects your personal relationships	Acha que o estado das suas costas afecta as suas relações pessoais	Sente que o seu problema de coluna afecta os seus relacionamentos pessoais	Sente que a condição das suas costas afecta as suas relações pessoais?

	None Slightly Mildly Severely	Nada Muito ligeiramente Ligeiramente Gravemente	Nunca Ligeiramente Medianamente Severamente	Aceite tradução 1
15	financial difficulties because of your back None	dificuldades financeiras por causa das suas costas Nenhuma	dificuldades financeiras devido ao seu problema de coluna Nunca	Aceite tradução 1
16	have you felt down hearted and blue	sentiu-se desanimado(a) e deprimido(a)	têm-se sentido abatido e triste	sentiu-se sentido abatido e deprimido?
17	In the last 3 months have you taken any sick days from work/school due to back pain and if so how much	Nos últimos 3 meses meteu baixa no emprego ou faltou à escola devido a dores nas costas? Se afirmativo , quantos dias tirou	Durante os últimos 3 meses tirou dias de baixa do trabalho/escola devido a dores nas costas? Se sim , quantos	Nos últimos 3 meses meteu baixa no trabalho ou faltou à escola devido a dores nas costas? Se sim, quantos dias?
18	Do you go out more or less Same	Sai mais ou menos Igual	Você sai mais ou menos O mesmo	Sai para conviver mais ou menos do que os seus amigos? Aceite tradução 1
19	Do you feel attractive with your current back condition	Sente-se atraente com a condição em que as suas costas estão actualmente	Você sente-se atraente com o seu problema de coluna actual	Sente-se atraente com a condição actual das suas costas?
20	happy person during the past 6 months	peessoa feliz durante os últimos 6 meses	peessoa feliz nos últimos 6 meses	Aceite tradução 1
21	Are you satisfied with the results of your back management	Está satisfeito(a) com os resultados do tratamento que está a fazer às costas	Está satisfeito com os resultados da intervenção nas suas costas	Está satisfeito com os resultados do tratamento às suas costas?
22	Would you have the same management again if you had the same condition Definitely yes	Faria o mesmo tratamento novamente se estivesse no mesmo estado De certeza que sim	Teria novamente o mesmo tipo de intervenção se tivesse o mesmo problema Definitivamente, sim	Faria novamente o mesmo tratamento se tivesse a mesma condição? Aceite tradução 2
A	Thank you for completing this questionnaire. Please comment if you wish.	Obrigada por ter respondido a este questionário. Esteja à vontade para fazer qualquer observação.	Obrigada por ter completado este questionário. Coloque aqui os comentários que desejar.	Obrigada por ter respondido a este questionário. Comente se desejar, por favor.

Apêndice F

Tradução de consenso do SRS-22r

Questionário do utente SRS-22

Nome do utente: _____ Data de nascimento: _____

Data de preenchimento: _____ Idade: _____

Nº de processo: _____

INSTRUÇÕES: Estamos a avaliar cuidadosamente o estado das suas costas e é **IMPORTANTE QUE SEJA VOCÊ A RESPONDER A CADA UMA DAS QUESTÕES.** Por favor coloque um **CÍRCULO À VOLTA DA ÚNICA E MELHOR RESPOSTA QUE DESCREVE A SUA CONDIÇÃO.**

1. Qual das seguintes expressões melhor descreve o grau de dor que sentiu nos últimos 6 meses?

Nenhum
Ligeiro
Moderado
Moderado a grave
Grave

2. Qual das seguintes expressões melhor descreve o grau de dor que sentiu no último mês?

Nenhum
Ligeiro
Moderado
Moderado a grave
Grave

3. Durante os últimos 6 meses tem sido uma pessoa muito nervosa?

Nunca
Raramente
Algumas vezes
Quase sempre
Sempre

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

4. Se tivesse que passar o resto da sua vida com as costas da forma como estão actualmente, o que acharia disso?

Acharia muito bem
Acharia bem
Não acharia nem bem nem mal
Acharia mal
Acharia muito mal

5. Actualmente qual é o seu nível de actividade?

Acamado
Praticamente sem actividade
Trabalho ligeiro e desportos ligeiros
Trabalho moderado e desportos moderados
Todas as actividades sem restrição

6. Como é que fica nas suas roupas?

Muito bem
Bem
Razoável
Mal
Muito mal

7. Nos últimos 6 meses sentiu-se tão desanimado que nada o conseguia animar?

Muito frequentemente
Frequentemente
Às vezes
Raramente
Nunca

8. Sente dores nas costas quando está em repouso?

Muito frequentemente
Frequentemente
Às vezes
Raramente
Nunca

9. Actualmente qual é o seu nível de actividade no trabalho/escola?

100% normal
75% normal
50% normal
25% normal
0% normal

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

10. Qual das seguintes expressões melhor descreve a aparência do seu tronco; definido como o corpo humano excepto cabeça e extremidades.
- Muito boa
 - Boa
 - Razoável
 - Má
 - Muito má
11. Qual das seguintes expressões melhor descreve a medicação que usa para as dores nas costas?
- Nenhuma
 - Não narcóticos semanalmente ou menos (por exemplo, aspirina, Tilenol, Ibuprofeno)
 - Não narcóticos diários
 - Narcóticos semanalmente ou menos (por exemplo Tilenol III, Lorocet, Percocet)
 - Narcóticos diariamente
12. As suas costas limitam a sua capacidade para fazer coisas em casa?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
13. Sentiu-se calmo e tranquilo durante os últimos 6 meses?
- Sempre
 - Quase sempre
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
14. Sente que a condição das suas costas afecta as suas relações pessoais?
- Nada
 - Muito ligeiramente
 - Ligeiramente
 - Moderadamente
 - Gravemente

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

15. Você e/ou a sua família estão a passar por dificuldades financeiras por causa das suas costas?
- Gravemente
 - Moderadamente
 - Ligeiramente
 - Muito ligeiramente
 - Nenhuma
16. Nos últimos 6 meses tem-se sentido abatido e deprimido?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
17. Nos últimos 3 meses meteu baixa no trabalho ou faltou à escola devido a dores nas costas? Se sim, quantos dias?
- 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 ou mais dias
18. Sai para conviver mais ou menos do que os seus amigos?
- Muito mais
 - Mais
 - Igual
 - Menos
 - Muito menos
19. Sente-se atraente com a condição actual das suas costas?
- Sim, muito
 - Sim, um pouco
 - Nem atraente nem não atraente
 - Não, não muito
 - Não, nada mesmo
20. Tem sido uma pessoa feliz durante os últimos 6 meses?
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Quase sempre
 - Sempre

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

21. Está satisfeito com os resultados do tratamento às suas costas?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

22. Faria novamente o mesmo tratamento se tivesse a mesma condição?

- Definitivamente, sim
- Provavelmente, sim
- Não tenho a certeza
- Provavelmente, não
- Definitivamente, não

Obrigada por ter respondido a este questionário. Comente se desejar, por favor.

FIM

09/04/08

Apêndice G

Sintetização das retroversões do SRS-22r

	Original	Retroversão 1	Retroversão 2	Consenso
1	<p>We are carefully evaluating the condition of your back</p> <p>important that you answer each of these questions yourself</p> <p>please circle the one best answer to each question</p>	<p>We are carefully accessing the condition of your back</p> <p>Important that you answer each of the questions yourself</p> <p>Please circle the one best answer</p>	<p>We are carefully evaluating the health of your back</p> <p>Important that you answer to all questions</p> <p>Please place a circle around the only and better answer</p>	<p>We are carefully evaluating the condition of your back and it is IMPORTANT THAT YOU ANSWER EACH OF THE QUESTIONS YOURSELF. Please CIRCLE THE ONE BEST ANSWER THAT DESCRIBES YOUR CONDITION.</p>
1	amount of pain you have experienced during the past	level of pain you have experienced for the last	level of pain you felt in the last	Aceite retroversão 1
3	<p>During the past 6 months have you been a very nervous person?</p> <p>A little of the time</p> <p>Most of the time</p>	<p>Have you been a very nervous person for the last six months?</p> <p>At times</p> <p>Almost always</p>	<p>Do you have been a very nervous person during the last six months?</p> <p>Occasionally</p> <p>Almost of the time</p>	<p>Have you been a very nervous person for the last 6 months?</p> <p>Rarely</p> <p>Almost always</p>
4	<p>your life with your back shape as it is right now, how would you feel about it?</p> <p>Very happy</p> <p>Somewhat happy</p> <p>Neither happy nor unhappy</p> <p>Somewhat unhappy</p> <p>Very unhappy</p>	<p>your life with your back shape the way it is now, how would you feel?</p>	<p>your lifetime with your back like their are now, what would you think about that?</p> <p>Would be very well</p> <p>Would be well</p> <p>Would be not good nor bad</p> <p>Would be bad</p> <p>Would be very bad</p>	<p>Aceite retroversão 1</p> <p>Aceite retroversão 2</p>
5	<p>Primarily no activity</p> <p>Full activities without restriction</p>	<p>Inactive</p> <p>Every activity with no restriction</p>	<p>Essentially without activity</p> <p>All activities without restrictions</p>	<p>Basically no activity</p> <p>Aceite retroversão 1</p>
7	In the past 6 months have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?	Over the last six months did you feel so down that nothing could cheer you up?	In the last six months did you feel so unpleased that nothing could please you?	Aceite retroversão 1
8	Do you experience back pain when at rest?	Does your back hurt when you are at rest?	Do you feel pain on your back when you're resting?	Do you feel pain in your back when you are at rest?

11	describes your pain medication use for back pain?	describes the medication you take for your back pain?	describes the medication that you use for your back pain?	Aceite retroversão 2
12	limit your ability to do things around the house?	limit your ability to do things at home?	limit your capacity to do your housework?	Aceite retroversão 1
13	Have you felt calm and peaceful during the past 6 months?	Have you felt calm over the last six months?	Did you felt calm and relaxed during the last six months?	Have you felt calm and quiet over the last 6 months?
14	affects your personal relationships? Slightly Mildly	affects your personal relationships in any way? Very slightly Slightly	affect your personal relations? Very lightly Lightly	affects your personal relationships? Very slightly Slightly
15	Are you and/or your family experiencing financial difficulties because of your back pain?	Are you/your family going through financial difficulties because of your back?	You and/or your family are spending for financial difficulties because of your back?	Aceite retroversão 1
16	In the past 6 months have you felt down hearted and blue?	Have you felt down and depressed over the past six months?	In the last six months did you feel down and depress?	In the last 6 months have you felt down and depressed?
17	In the last 3 months have you taken any sick days from work/school due to back pain and if so how much?	Over the last 3 months have you taken any sick days from work/school due to back pain? If so, how many days?	In the last three months did you calling sick from work or did you miss school due to back pain? If yes, how many days?	In the last 3 months have you taken any sick days from work/school due to back pain and if so how much?
18	Do you go out more or less than your friends?	Do you go out more or less than your friends?	Do you go out to spend time with your friends, more or less than them?	Aceite retroversão 1
19	with your current back condition? No, not very much	with your back the way it is now? No, not much	with your actual back condition? No, not really	with your current back? No, not much
20	during the past 6 months?	for the last six months?	in the last six months?	during the past 6 months?
22	Would you have the same management again if you had the same condition?	Would you do the same treatment to your back if you had the same condition?	Would you do the same treatment, if you had the same condition?	Aceite retroversão 2

Apêndice H

Retroversão de consenso do SRS-22r

SRS-22r Patient Questionnaire

Patient Name:

Date of Birth:

Date:

Age:

Medical Record No:

INSTRUCTIONS: We are carefully evaluating the condition of your back and it is **IMPORTANT THAT YOU ANSWER EACH OF THE QUESTIONS YOURSELF**. Please **CIRCLE THE ONE BEST ANSWER THAT DESCRIBES YOUR CONDITION**.

1. Which one of the following expressions best describes the level of pain you have experienced for the last six months?

None
Mild
Moderate
Moderate to severe
Severe

2. Which one of the following expressions best describes the level of pain you have experienced for the last month?

None
Mild
Moderate
Moderate to severe
Severe

3. Have you been a very nervous person for the last 6 months?

Never
Rarely
Sometimes
Almost always
Always

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

4. If you had to spend the rest of your life with your back shape the way it is now, how would you feel about it?

Would think very well
Would think well
Wouldn't think good nor bad
Would think bad
Would think very bad

5. What is your current level of activity?

Bedridden
Basically no activity
Light Labour and light sports
Moderate labour and moderate sports
Every activity without restrictions

6. How do you look in your clothes?

Very good
Good
Fairly good
Bad
Very bad

7. Over the last 6 months did you feel so down that nothing could cheer you up?

Very often
Often
Sometimes
Rarely
Never

8. Do you feel pain in your back when you are at rest?

Very often
Often
Sometimes
Rarely
Never

9. What is your current level of activity at work/school?

100% Normal
75% Normal
50% Normal
25% Normal
0% Normal

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

10. Which of the following expressions best describes the appearance of your trunk; defined as the human body except for the head and extremities.
- Very good
 - Good
 - Fairly good
 - Bad
 - Very bad
11. Which of the following expressions best describes the medication that you use for your back pain?
- None
 - Non-narcotics weekly or less (e.g. aspirin, Tylenol, Ibuprofen)
 - Non-narcotics daily
 - Narcotics weekly or less (e.g. Tylenol III, Lorocet, Percocet)
 - Narcotics daily
12. Does your back limit your ability to do things at home?
- Never
 - Rarely
 - Sometimes
 - Often
 - Very often
13. Have you felt calm and quiet over the last 6 months?
- Always
 - Almost always
 - Sometimes
 - Rarely
 - Never
14. Do you feel that your back condition affects your personal relationships?
- None
 - Very slightly
 - Slightly
 - Moderately
 - Severely

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

15. Are you/your family going through financial difficulties because of your back?
- Severely
 - Moderately
 - Slightly
 - Very slightly
 - None
16. In the last 6 months have you felt down and depressed?
- Never
 - Rarely
 - Sometimes
 - Often
 - Very often
17. In the last 3 months have you taken any sick days from work/school due to back pain and if so how much?
- 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 or more
18. Do you go out more or less than your friends?
- Much more
 - More
 - The same
 - Less
 - Much less
19. Do you feel attractive with your current back?
- Yes, very
 - Yes, a little
 - Neither attractive nor unattractive
 - No, not much
 - No, not at all
20. Have you been a happy person during the last 6 months?
- Never
 - Rarely
 - Sometimes
 - Almost always
 - Always

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

21. Are you satisfied with the results of your back treatment?

- Very satisfied
- Satisfied
- Neither satisfied nor unsatisfied
- Unsatisfied
- Very unsatisfied

22. Would you do the same treatment again if you had the same condition?

- Definitely yes
- Probably yes
- Not sure
- Probably not
- Definitely not

Thank you for answering this questionnaire. Please comment if you wish.

END

08/05/08

Apêndice I

Pedido de revisão da retroversão de consenso ao autor

Dr. Marc Asher,

I'm the one that inquired you last November to do cross cultural validation of the "SRS-22" to Portuguese and now I'm writing to inform you about the progress in my work.

The translation process followed the guidelines of the "Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra", created by Ferreira & Marques (1998), and based in the European Group on Health Outcomes (ERGHO). Starting with the original English version, in February and March, two independent translators elaborated two translations into Portuguese and with my tutor I arrived to a consensus version. This consensus version was in turn back-translated into English in April and May by two other independent translators and again with my tutor I arrived to a consensus version.

I would be grateful if you could be so kind as to revise the back-translation consensus in order to appreciate if there is any fundamental difference when compared with the original "SRS-22 Patient Questionnaire".

If you agree with this version, I'll do the content validity and the internal consistency of the "SRS-22 Patient Questionnaire".

Thank you in advance for your collaboration.

Yours sincerely

Cátia Silva

Apêndice J

Sugestões de alteração (Autor e Peritos)

	Dr. Marc Asher	Ft. José Novo	Dr. Joaquim Sancho	Ft. Laura Sá Torres	Ft. Eduardo Cruz	Dr. Miguel Ferreira	Consenso
T	Alterações sugeridas pelo autor para as questões 17 e 18 fazem com que o questionário se passe a chamar SRS-22r, mais actual.						Aceite a sugestão do Dr. Marc Asher
I			(...) Por favor coloque uma cruz <input checked="" type="checkbox"/> na única e melhor resposta que descreve a sua condição. Caso se engane feche o quadrado <input type="checkbox"/> e escolha a opção pretendida.		Clarificar o que se entende por “estado das costas” e tentar encontrar uma definição operacional.	Estamos a avaliar cuidadosamente o estado da sua “coluna” em x de “costas” (...)	Aceite a sugestão do Dr. Joaquim Sancho
1		Tenha como referência a pior dor que sentiu até hoje. Qual das seguintes expressões melhor descreve a dor que sentiu nos últimos 6 meses? <u>Colocar as opções de resposta no feminino.</u>	Opções de resposta... Colocar no feminino as opções de resposta. Trocar a opção “moderada a grave” por “moderada a intensa” e “grave” por “muito intensa”.				Como descreve a dor que sentiu nos últimos 6 meses? <u>Respostas no feminino.</u>
2		(...) a dor que sentiu no último mês?	Trocar a opção “moderada a grave” por “moderada a intensa” e “grave” por “muito intensa”.				Como descreve a dor que sentiu no último mês? <u>Respostas no feminino.</u>
3		Durante os últimos 6 meses tem sido uma pessoa muito nervosa e/ou muito “stressada”?	“nervosa” não é a mais indicada. Sem muita convicção sugere “enervada”.	“nervosa” enquadrada na situação. (...) tem sido uma pessoa muito nervosa devido à situação das suas costas?			Durante os últimos 6 meses tem sido uma pessoa muito “stressada”?
4	(...) como se sentiria? <u>Ver sugestões</u>	Se mantivesse permanente	(...) com as costas com o aspecto estético	Outras opções de resposta que			Se tivesse que passar o resto da sua

	para as opções de resposta sugeridas por outros peritos que substituem a opção “feliz”.	mente as mesmas alterações e as mesmas dores nas suas costas que, que tem hoje, como se sentiria?	que têm <u>actualmente (...)</u> Muito satisfeito Satisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito	substituíam a opção de “feliz”.			vida com as costas da forma como estão actualmente, como se sentiria? <hr/> Aceites sugestões do Dr. Sancho para as respostas
6		Imagine-se vestido/a em frente ao espelho. Como é que fica nas suas roupas?	Qual a sua aparência vestido/a? <hr/> Muito boa Boa Razoável Má Muito má	Como é que “se vê” nas suas roupas?			Como é que se sente nas suas roupas? <hr/> Muito bem Bem Razoável Mal Muito mal
9		Opções de resposta... Desgastante Muito activo Activo Pouco activo Inactivo		Respostas incoerentes ... Opção de desemprego ou se uma pessoa que faça 8h por dia de trab e outra que só faça 2h... Não faz sentido.			Completamente activo (100%) Muito activo (75%) Activo (50%) Pouco activo (25%) Inactivo (0%)
10		Imagine-se nu em frente ao espelho. Qual das seguintes expressões melhor descreve a aparência do seu tronco (do pescoço à cintura)?	Qual das seguintes expressões melhor descreve a aparência do seu tronco (definido como o corpo humano excepto cabeça e extremidades).	(...), sendo o tronco parte do corpo humano excepto cabeça e extremidades.			Como descreve a aparência do seu tronco (do pescoço à cintura)?
11		Que medicação toma regularmente e para as suas dores nas costas? <hr/> Opções de resposta não coerentes com a pergunta.	Opções de resposta... Antes de onde diz narcóticos colocar analgésicos e colocar como exemplos analgésicos usados em Portugal (Paracetamol, Tramadol, Ibuprofeno, Zaldiar)				Que medicação usa para as suas dores nas costas? <hr/> Aceites sugestões do Dr. Sancho para as respostas

12		Pense na sua vida pessoal e profissional. As suas costas limitam as suas actividades diárias?					As suas costas limitam a sua capacidade para realizar actividades diárias em casa?
13		Toma anti-depressivos e/ou ansiolíticos?					Sugestões não aceites...
14				Em x de "condição", um dos termos: "problema", "estado", "forma", "aspecto".			Sente que o estado das suas costas afecta as suas relações pessoais?
15		O seu problema nas costas tem impacto financeiro na sua vida e/ou na da sua família? (Entende-se como impacto financeiro, todos os custos inerentes à sua condição: custos de tratamento, custos de transporte, custos de ausência total e/ou parcial do trabalho).	Opções de resposta... Graves Moderadas Ligeiras Muito ligeiras Nenhumas				O seu problema nas costas tem impacto financeiro na sua vida e/ou na da sua família? <hr/> Grave Moderado Ligeiro Muito ligeiro Nenhum
16		Nos últimos 6 meses, foi-lhe diagnosticada pelo médico uma depressão e/ou crise de ansiedade?					Sugestões não aceites...
17	Nos últimos 3 meses tirou algum dia para descansar do trabalho, incluindo os trabalhos domésticos, ou						Aceite a sugestão do Dr. Marc Asher

	da escola devido a dores nas costas? Se sim, quantos dias?						
18	A condição das suas costas limita as suas saídas (vontade, desejo de sair) com amigos e familiares? <hr/> Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente		A condição das suas costas limita as suas saídas (vontade, desejo de sair) com amigos e familiares? <hr/> Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente				O estado das suas costas limita as suas saídas com amigos ou familiares? <hr/> Aceites sugestões para as respostas
19		“Atraente”, muito ambíguo e subjectivo... Abstraia-se das dores e imagine-se em frente ao espelho. Sente-se bem com a visão do seu corpo?	Sente-se atraente com o “estado” em x de “condição” actual das suas costas?	Em x de “condição”, um dos termos: “problema”, “estado”, “forma”, “aspecto”.			Sente-se atraente com o estado actual das suas costas?
21	Arranjar uma forma que transmita o significado da palavra “management” que não seja tratamento. Considerar sugestões mais adiante.		Está satisfeito com os resultados do “seguimento” em x de “tratamento” às suas costas?	Está satisfeito com os resultados da “avaliação/tratamento ou consulta/tratamento” em x de “tratamento” às suas costas?			Está satisfeito com os resultados da avaliação/tratamento às suas costas?
22	Arranjar uma forma que transmita o significado da palavra “management” que não seja tratamento. Considerar sugestões mais adiante.		Faria novamente o mesmo “seguimento” em x de “tratamento” se tivesse a mesma “situação” em x de “condição”. <hr/> Com certeza, sim Com certeza, não	//			Faria novamente a mesma avaliação/tratamento se tivesse no mesmo estado? <hr/> Aceites sugestões para as respostas

Apêndice K

Pedido de colaboração aos peritos

Exmo. Sr.

Sou aluna do 2.º ciclo do Curso Bietápico de Licenciatura em Fisioterapia da Universidade Atlântica. Estou a desenvolver um estudo no âmbito da disciplina de “Seminário de Monografia I e II”, o qual tem como tema “Adaptação cultural e linguística e contributo para a validação da versão portuguesa do questionário *SRS-22* para utentes com Escoliose Idiopática” e gostaria de solicitar a sua colaboração para integrar o comité de peritos (experts em disfunções da coluna vertebral) que irá verificar a validade de conteúdo.

A sua colaboração é fundamental, considerando que a exequibilidade deste estudo só será possível com a sua participação e que o produto final deste trabalho se traduzirá num instrumento importante para a avaliação da qualidade de vida em utentes com Escoliose Idiopática.

Agradeço desde já a sua atenção e uma resposta o mais breve possível.

Cátia Silva

Apêndice L

Versão portuguesa do SRS-22r

Questionário do utente SRS-22r

Nome do utente: _____ Data de nascimento: _____

Data de preenchimento: _____ Idade: _____

Nº de processo: _____

INSTRUÇÕES: Estamos a avaliar cuidadosamente o estado das suas costas e é **IMPORTANTE QUE SEJA VOCÊ A RESPONDER A CADA UMA DAS QUESTÕES.** Por favor coloque uma **CRUZ ☒ NA ÚNICA E MELHOR RESPOSTA. CASO SE ENGANE FECHÉ O QUADRADO ■ E ESCOLHA A OPÇÃO PERTENDIDA.**

1. Como descreve a dor que sentiu nos últimos 6 meses?

- Nenhuma
- Ligeira
- Moderada
- Moderada a intensa
- Intensa

2. Como descreve a dor que sentiu no último mês?

- Nenhuma
- Ligeira
- Moderada
- Moderada a intensa
- Intensa

3. Durante os últimos 6 meses tem sido uma pessoa muito “stressada”?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Sempre

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

4. Se tivesse que passar o resto da sua vida com as costas da forma como estão actualmente, como se sentiria?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

5. Actualmente qual é o seu nível de actividade?

- Acamado
- Praticamente sem actividade
- Trabalho ligeiro e desportos ligeiros
- Trabalho moderado e desportos moderados
- Todas as actividades sem restrição

6. Como é que se sente nas suas roupas?

- Muito bem
- Bem
- Razoável
- Mal
- Muito mal

7. Nos últimos 6 meses sentiu-se tão desanimado que nada o conseguia animar?

- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

8. Sente dores nas costas quando está em repouso?
- Muito frequentemente
 - Frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
9. Actualmente qual é o seu nível de actividade no trabalho/escola?
- Completamente activo (100%)
 - Muito activo (75%)
 - Activo (50%)
 - Pouco activo (25%)
 - Inactivo (0%)
10. Como descreve a aparência do seu tronco (do pescoço à cintura)?
- Muito boa
 - Boa
 - Razoável
 - Má
 - Muito má
11. Que medicação usa para as suas dores nas costas?
- Nenhuma
 - Analgésicos/Anti-inflamatórios semanalmente ou menos (por exemplo, Aspirina, Ben-u-ron, Voltaren, Brufen, Clonix, Nolotil)
 - Analgésicos/Anti-inflamatórios diários
 - Analgésicos Estupefacientes semanalmente ou menos (por exemplo, Tramal, Transtec[®], Didor)
 - Analgésicos Estupefacientes diariamente

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

12. As suas costas limitam a sua capacidade para realizar actividades diárias em casa?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
13. Sentiu-se calmo e tranquilo durante os últimos 6 meses?
- Sempre
 - Quase sempre
 - Algumas vezes
 - Raramente
 - Nunca
14. Sente que o estado das suas costas afecta as suas relações pessoais?
- Nada
 - Muito ligeiramente
 - Ligeiramente
 - Moderadamente
 - Gravemente
15. O seu problema nas costas tem impacto financeiro na sua vida e/ou na da sua família?
- Grave
 - Moderado
 - Ligeiro
 - Muito ligeiro
 - Nenhum

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

16. Nos últimos 6 meses tem-se sentido abatido e deprimido?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
17. Nos últimos 3 meses tirou algum dia para descansar do trabalho, incluindo os trabalhos domésticos, ou da escola devido a dores nas costas? Se sim, quantos dias?
- 0 dias
 - 1 dia
 - 2 dias
 - 3 dias
 - 4 ou mais dias
18. O estado das suas costas limita as suas saídas com amigos ou familiares?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Muito frequentemente
19. Sente-se atraente com o estado actual das suas costas?
- Sim, muito
 - Sim, um pouco
 - Nem atraente nem não atraente
 - Não, não muito
 - Não, nada mesmo

(CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE)

20. Tem sido uma pessoa feliz durante os últimos 6 meses?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Quase sempre
- Sempre

21. Está satisfeito com os resultados da avaliação/tratamento às suas costas?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

22. Faria novamente a mesma avaliação/tratamento se tivesse no mesmo estado?

- Com certeza, sim
- Provavelmente, sim
- Não tenho a certeza
- Provavelmente, não
- Com certeza, não

Obrigada por ter respondido a este questionário. Comente se desejar, por favor.

Apêndice M

Ficha de Caracterização do Utente

Ficha de Caracterização do Utente

Data (dia/mês/ano): ___/___/___	
Nome (1º e último): _____	
Morada: _____	
Código Postal: _____ - _____	Concelho: _____
Telefone: _____	Telemóvel: _____
E-mail: _____	
Data de Nascimento (dia/mês/ano): ___/___/___	
Idade: _____	
Sexo: Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice N

Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Título da Pesquisa

«Adaptação transcultural e validação do Scoliosis Research Society-22r (SRS-22r) para a língua portuguesa»

Objectivo: Adaptação transcultural e validação do Scoliosis Research Society-22r (SRS-22r) para a língua portuguesa.

Metodologia: a recolha de dados será efectuada através da aplicação do instrumento acima referido.

Eu _____
declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia da pesquisa intitulada **«Adaptação transcultural e validação do Scoliosis Research Society-22r (SRS-22r) para a língua portuguesa»**.

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta pesquisa e que poderei em qualquer momento recusar continuar ou ser informado(a) acerca da mesma, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. É também do meu conhecimento que todos os dados por mim fornecidos serão usados exclusivamente para fins científicos e destruídos pelos investigadores após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Fui informado(a) de que não terei qualquer tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa. Depois do anterior referido concordo voluntariamente em participar no referido estudo.

_____ Data: ___/___/___

Nota: Esta declaração foi elaborada de acordo com o Padrão 2 (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas): "Deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado "; e o Artº 5º da convenção de Oviedo: Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

9. Anexos

Anexo A

SRS-22r versão original

SRS-22r Patient Questionnaire

*(Note, this is a sample with responses from an imaginary patient circled and the value of each response listed (in **bold**), which they are not on the questionnaire as administered to the patient.)*

Patient Name: _____ (_____)
 First MI Last (Maiden; if applicable)

Today's Date: _____ **Date of Birth:** _____ **Age:** _____ + _____
 Mo Day Year Mo Day Year Yrs Mos

Medical Record #: _____

INSTRUCTIONS: We are carefully evaluating the condition of your back and it is **IMPORTANT THAT YOU ANSWER EACH OF THESE QUESTIONS YOURSELF.** Please **CIRCLE THE ONE BEST ANSWER TO EACH QUESTION.**

1. Which one of the following best describes the amount of pain you have experienced during the past 6 months?

- 5 None
- 4 Mild
- 3 Moderate
- 2 **Moderate to severe**
- 1 Severe

2. Which one of the following best describes the amount of pain you have experienced over the last month?

- 5 None
- 4 **Mild**
- 3 Moderate
- 2 Moderate to severe
- 1 Severe

3. During the past 6 months have you been a very nervous person?

- 5 None of the time
- 4 **A little of the time**
- 3 Some of the time
- 2 Most of the time
- 1 All of the time

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

4. If you had to spend the rest of your life with your back shape as it is right now, how would you feel about it?

- 5 Very happy
- 4 Somewhat happy
- 3 Neither happy nor unhappy
- 2 Somewhat unhappy
- 1 Very unhappy

5. What is your current level of activity?

- 1 Bedridden
- 2 Primarily no activity
- 3 Light labor and light sports
- 4 Moderate labor and moderate sports
- 5 Full activities without restriction

6. How do you look in clothes?

- 5 Very good
- 4 Good
- 3 Fair
- 2 Bad
- 1 Very bad

7. In the past 6 months have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?

- 1 Very often
- 2 Often
- 3 Sometimes
- 4 Rarely
- 5 Never

8. Do you experience back pain when at rest?

- 1 Very often
- 2 Often
- 3 Sometimes
- 4 Rarely
- 5 Never

9. What is your current level of work/school activity?

- 5 100% normal
- 4 75% normal
- 3 50% normal
- 2 25% normal
- 1 0% normal

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

10. Which of the following best describes the appearance of your trunk; defined as the human body except for the head and extremities?

- 5 Very good
- 4 Good
- 3 Fair
- 2 Poor
- 1 Very Poor

11. Which one of the following best describes your pain medication use for back pain?

- 5 None
- 4 Non-narcotics weekly or less (e.g., aspirin, Tylenol, Ibuprofen)
- 3 Non-narcotics daily
- 2 Narcotics weekly or less (e.g. Tylenol III, Lorcet, Percocet)
- 1 Narcotics daily

12. Does your back limit your ability to do things around the house?

- 5 Never
- 4 Rarely
- 3 Sometimes
- 2 Often
- 1 Very Often

13. Have you felt calm and peaceful during the past 6 months?

- 5 All of the time
- 4 Most of the time
- 3 Some of the time
- 2 A little of the time
- 1 None of the time

14. Do you feel that your back condition affects your personal relationships?

- 5 None
- 4 Slightly
- 3 Mildly
- 2 Moderately
- 1 Severely

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

15. Are you and/or your family experiencing financial difficulties because of your back?

- 1 Severely
- 2 Moderately
- 3 Mildly
- 4 Slightly
- 5 None

16. In the past 6 months have you felt down hearted and blue?

- 5 Never
- 4 Rarely
- 3 Sometimes
- 2 Often
- 1 Very often

17. In the last 3 months have you taken any days off of work, including household work, or school because of back pain?

- 5 0 days
- 4 1 day
- 3 2 days
- 2 3 days
- 1 4 or more days

18. Does your back condition limit your going out with friends/family?

- 5 Never
- 4 Rarely
- 3 Sometimes
- 2 Often
- 1 Very often

19. Do you feel attractive with your current back condition?

- 5 Yes, very
- 4 Yes, somewhat
- 3 Neither attractive nor unattractive
- 2 No, not very much
- 1 No, not at all

20. Have you been a happy person during the past 6 months?

- 1 None of the time
- 2 A little of the time
- 3 Some of the time
- 4 Most of the time
- 5 All of the time

(CONTINUED ON NEXT PAGE)

21. Are you satisfied with the results of your back management?

- 5 Very satisfied
- 4 Satisfied
- 3 Neither satisfied nor unsatisfied
- 2 Unsatisfied
- 1 Very unsatisfied

22. Would you have the same management again if you had the same condition?

- 5 Definitely yes
- 4 Probably yes
- 3 Not sure
- 2 Probably not
- 1 Definitely not

Thank you for completing this questionnaire. Please comment if you wish.

End

SRS-22r **Patient Questionnaire/Score Sheet** (Sample to accompany sample questionnaire)

Name: _____ (_____) **Date:** _____
 First MI Last (Maiden: if appropriate) Mo Day Year

Mean **DOMAIN** (Score 5 Best - 1 Worst) Sum of Responses # Questions Answered
 Score⁺⁺⁺ (Possible)

						A	B
A ÷ B							
Function	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>x</u>	<u>2</u>	<u>12</u>	<u>4</u> (5)
<u>3</u>	5 ⁺	9	12	15	18		
Pain	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>12</u>	<u>5</u> (5)
<u>2.4</u>	1	2	8	11	17		
Self image	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>17</u>	<u>5</u> (5)
<u>3.4</u>	4	6	10	14	19		
Mental health ⁺⁺	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>19</u>	<u>5</u> (5)
<u>3.8</u>	3	7	13	16	20		
	SUB TOTAL					<u>60</u>	<u>19</u> (20)
<u>3.16</u>							
Satisfaction/Dissatisfaction						<u>4</u>	<u>4</u>
<u>4</u>						<u>8</u>	<u>2</u> (2)
						21	22
	TOTAL					<u>68</u>	<u>21</u> (22)
<u>3.24</u>							

⁺Question number

⁺⁺⁺Mean Score

⁺⁺Questions adopted with permission from SF-36

5 Best-1 Worst

SCORING INSTRUCTIONS:

Unanswered questions-reduce questions answered denominator by appropriate number

Delete questions with more than one response

Domain can't be scored if fewer than 3 questions answered.

9-22-06

Anexo B

Resposta ao pedido de autorização ao autor

Dear Ms.Silva,

Thank you for your inquiry.

I'm happy to report that the SRS HRQL instruments are in the public domain and available for all to use. Therefore, you don't need any specific permission from me, or anyone else as far as I know.

Attached are several items that I hope you find helpful in your work.

I would encourage you to use the SRS-22r version, as it is the most completely validated version for both adolescents and adults.

If you have any specific questions as you progress with your work, and that you think I could help with, please don't hesitate to ask.

Good luck!

Marc Asher, M.D.
University Distinguished Professor
Medicine (Orthopedic Surgery)
Kansas University Medical Center
3901 Rainbow Blvd: MS 3017
Kansas City, KS 66160
Ph 913 588 6174
Fx 913 588 8796
masher@kumc.edu

Anexo C

**Resposta ao pedido de autorização ao conselho de
administração do HCC**

Hospital Curry Cabral

Exm^a Senhora
Cátia Sofia Vieira da Silva
Rua Camilo Castelo Branco, 28
Moinhos da Funcheira
2650-356 Amadora

N/Ref.^a 039/CA

Data: 23/01/2008

V. Ref^a


Data: 27/11/2007

ASSUNTO: Realização de um estudo

Acusamos a recepção da sua carta, na qual solicitava autorização para realização de um estudo, no Hospital Curry Cabral, o qual foi autorizado. Poderá entrar em contacto com os Directores de Serviço de Medicina Física e Reabilitação e de Ortopedia.

Com os melhores cumprimentos

A Directora Clínica



(Conceição Loureiro)

Rua da Beneficência, nº8 • 1069-166 LISBOA

Geral: Tel.: 21 792 42 00

Conselho de Administração: Tels.: 21 792 42 02/3 Fax: 21 792 43 92 • cadm@hccabral.min-saude.pt

Gestão de Doentes: Tel.: 21 792 42 86 Fax: 21 792 42 87 • gdoentes@hccabral.min-saude.pt

Serviço de Aprovisionamento: Tel.: 21 792 43 99 Fax: 21 795 92 35 • aprovisionamento@hccabral.min-saude.pt

Anexo D

Teste de compreensão adaptado

TESTE DE COMPREENSÃO – INSTRUÇÕES

(Adaptado do Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra)

O teste de compreensão pretende avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas.

De uma maneira mais específica o seu objectivo é:

1. Identificar perguntas problemáticas;
2. Determinar as razões subjacentes;
3. Registar as soluções propostas para uma melhor formulação.

É obvio que a estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, ...). Qualquer alteração apenas se deve cingir à formulação das frases.

A entrevista deve ser conduzida da seguinte maneira:

1. Fornecer o questionário à pessoa e pedir-lhe para o preencher. Lembrar-lhe que não estamos interessados nas suas respostas, mas apenas na formulação das perguntas.
2. Opinião geral: Perguntar à pessoa quais as suas opiniões gerais sobre o questionário:
 - a. **É, no geral, claro, fácil de compreender, fácil de responder?**
 - b. **É longo?**
 - c. **Está adaptado à situação da pessoa?**
 - d. **As instruções são claras?**
3. Perguntas específicas: Percorra todo o questionário, **pergunta a pergunta** e verificar se...
 - a. **a pergunta é difícil de compreender ou de responder: Se sim, porquê?**
 - b. **o conceito subjacente está correctamente interpretado, isto é, não existe formulação ambígua que possa causar mais do que uma interpretação possível; a linguagem usada deve facilmente ser compreensível e coloquial.**
 - c. **a pessoa faria a pergunta de uma outra maneira.**
 - d. **as opções de resposta são claras e coerentes com a pergunta.**

A intenção do teste de compreensão é produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar.

Os comentários das pessoas inquiridas devem ser registados no Formulário do Teste de Compreensão e, em princípio, deve ser usado um formulário por pessoa.

Logo que terminadas as entrevistas devem ser compilados os comentários das pessoas e deve ser preenchida a folha de resumo.

TESTE DE COMPREENSÃO

Caracterização dos elementos do Painel de Peritos

Nome: _____

Data ____/____/____

Profissão: _____

Local onde exerce a profissão:

Tempo de exercício profissional: _____

Formação específica / pós-graduada na área das disfunções da coluna vertebral:

Grau académico: _____

Opinião Geral sobre o questionário

Instruções

Sentiu dificuldades em compreender as instruções?

Encontrou algumas palavras que não tenha entendido perfeitamente?

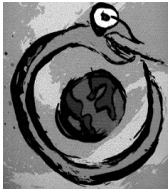
Acha que as instruções deveriam ter sido escritas de outro modo? Como?

Acha que falta alguma coisa às instruções?

Pergunta _____	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

Anexo E

Teste de compreensão original



TESTE DE COMPREENSÃO - INSTRUÇÕES

DIAGNOSTIC THINKING INVENTORY

Centro de Estudos e Investigação em Saúde

Universidade de Coimbra

O teste de compreensão pretende avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas.

De uma maneira mais específica o seu objectivo é:

4. Identificar perguntas problemáticas;
5. Determinar as razões subjacentes;
6. Registrar as soluções propostas para uma melhor formulação.

É obvio que a estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta, ...). Qualquer alteração apenas se deve cingir à formulação das frases.

A entrevista deve ser conduzida da seguinte maneira:

4. Fornecer o questionário à pessoa e pedir-lhe para o preencher. Lembrar-lhe que não estamos interessados nas suas respostas, mas apenas na formulação das perguntas.
5. Opinião geral: Perguntar à pessoa quais as suas opiniões gerais sobre o questionário:
 - a. É, no geral, claro, fácil de compreender, fácil de responder?
 - b. É longo?
 - c. Está adaptado à situação da pessoa?
 - d. As instruções são claras?
6. Perguntas específicas: Percorra todo o questionário, pergunta a pergunta e verificar se ...
 - a. a pergunta é difícil de compreender ou de responder: Se sim, porquê?
 - b. o conceito subjacente está correctamente interpretado, isto é, não existe formulação ambígua que possa causar mais do que uma

interpretação possível; a linguagem usada deve facilmente ser compreensível e coloquial.

- c. a pessoa faria a pergunta de uma outra maneira.
- d. as opções de resposta são claras e coerentes com a pergunta.

A intenção do teste de compreensão é produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar.

Os comentários das pessoas inquiridas devem ser registados no Formulário do Teste de Compreensão e, em princípio, deve ser usado um formulário por pessoa.

Logo que terminadas as entrevistas devem ser compilados os comentários das pessoas e deve ser preenchida a folha de resumo.



TESTE DE COMPREENSÃO – FORMULÁRIO

Centro de Estudos e Investigação em Saúde

Universidade de Coimbra

DIAGNOSTIC THINKING INVENTORY

Idade: _____ anos

Sexo: _____

Identificação Aluno com acesso via directa

Aluno com acesso via candidatura

Expert

Tempo de preenchimento do Questionário: _____

Tempo total da entrevista: _____

Opinião Geral

Instruções

Sentiu dificuldades em compreender as instruções?

Encontrou algumas palavras que não tenha entendido perfeitamente?

Acha que as instruções deveriam ter sido escritas de outro modo? Como?

Acha que falta alguma coisa às instruções?

Pergunta _____	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

Anexo F

SF-36v2

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO