

Tradução e adaptação transcultural de seis perguntas breves de triagem dos aspectos biopsicossociais da dor crônica

Translation and cross-cultural adaptation of six short screening questions on biopsychosocial aspects of chronic pain

Gabriela Valentim Cardoso¹, Anna Paula Campos Sarchis¹, Paulo Augusto de Almeida Britto¹

DOI 10.5935/2595-0118.20210009

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Para que a avaliação de pacientes com dor crônica se torne mais ampla e focada nas reais necessidades do paciente, é necessário levar em consideração os fatores psicossociais que influenciam na experiência dolorosa. O objetivo deste estudo foi realizar a tradução e adaptação transcultural para o contexto brasileiro de seis perguntas breves de triagem dos aspectos biopsicossociais em pacientes com dor crônica.

MÉTODOS: Após o consentimento do autor do instrumento, o estudo seguiu o protocolo de tradução e adaptação transcultural de acordo com as diretrizes internacionais, dividido nas etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste e análise do conteúdo e aparência.

RESULTADOS: O pré-teste foi aplicado em 40 pacientes com dor crônica, com idade acima de 18 anos. A idade média foi de 57±10 anos, grande parte tinha ensino fundamental incompleto e estava afastada da atividade laboral. Não houve dificuldade de compreensão para responder as perguntas. O teste de legibilidade foi de 100 pontos e o tempo de aplicação das perguntas foi de 4 a 5 minutos.

CONCLUSÃO: Os resultados permitem afirmar que as seis perguntas curtas podem ser utilizadas para avaliação de fatores psicossociais relacionados à ansiedade, estresse, depressão, medo do movimento e catastrofização em pacientes com dor crônica por ser de fácil entendimento e rápida aplicação.

Descritores: Depressão, Dor crônica, Inquéritos e questionários, Tradução.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: It is now recognized that psychosocial factors influence the patient's painful experience. For the assessment of patients with chronic pain to become broader and focused on the real needs of the patient, it's necessary to be aware of the existence or not of these factors. The objective of this study was to perform the translation and cross-cultural adaptation of six brief screening questions for biopsychosocial aspects in patients with chronic pain for the Brazilian context.

METHODS: After the consent of the author of the instrument, the study followed the protocol of translation and cross-cultural adaptation according to international guidelines²², divided into 6 stages: initial translation, synthesis of translations, back-translation, expert committee, pre-test and analysis of content and appearance.

RESULTS: The pre-test was applied to 40 patients with chronic pain, aged over 18 years. The mean age was 57±10 years, most of them had incomplete elementary education and were away from work. No difficulty in comprehension when answering the questions was perceived by the examiner or reported by the patients. The readability test score was of 100 points and the average time to apply the questions was 4 to 5 minutes.

CONCLUSION: The results allow us to affirm that the six short questions can be used to assess psychosocial factors related to anxiety, stress, depression, fear of movement and catastrophization in patients with chronic pain because it's easy to understand and quick to apply.

Keywords: Chronic pain, Depression, Surveys and questionnaires, Translating.

INTRODUÇÃO

A dor crônica (DC) representa uma preocupação de saúde pública no mundo inteiro, além de constituir um fardo tanto para o indivíduo quanto para a sociedade^{1,2}. Considerada como dor que persiste por 3 a 6 meses ou mais, sua prevalência vai aumentando conforme a idade^{3,4}. Recentemente, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) revisou o conceito de dor, que foi definida como "Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial". Além da revisão do conceito, foram elaboradas notas explicativas, dentre elas "A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais"⁵.

Os custos sociais e econômicos com a DC são elevados^{6,7}, com prevalência anual estimada entre 15 e 45% na população geral, asso-

Gabriela Valentim Cardoso – <https://orcid.org/0000-0002-3866-8933>;
Anna Paula Campos Sarchis – <https://orcid.org/0000-0003-0357-6462>;
Paulo Augusto de Almeida Britto – <https://orcid.org/0000-0002-8762-2229>.

1. Universidade Federal de Juiz de Fora, Hospital Universitário, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Apresentado em 21 de agosto de 2020.

Aceito para publicação em 28 de dezembro de 2020.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Paulo Augusto de Almeida Britto
Rua Carlos Monteiro 28 – Bairro São Mateus
36016-510 Juiz de Fora, MG, Brasil.
E-mail: paulobritto.fisio@gmail.com

ciada à maior incapacidade^{2,8}, aposentadoria precoce^{3,4,9} e queda na qualidade de vida^{7,10}, sendo considerada como mais prevalente que doenças cardíacas, diabetes e câncer combinados^{1,2}.

Além de processos fisiopatológicos complexos envolvidos, é aceito que fatores psicossociais influenciam na experiência dolorosa do paciente e no tratamento¹¹. Evidências mostram relação muito forte entre DC, cognição e variáveis emocionais. Dentre os fatores cognitivos estão incluídas as crenças relacionadas à dor, tais como baixa autoeficácia, catastrofização e cinesiofobia e, com relação às variáveis emocionais, destacam-se a ansiedade, depressão e estresse¹²⁻¹⁶.

O conhecimento acerca da presença ou ausência desses fatores relacionados à DC pode ajudar o terapeuta e o paciente na melhor compreensão da condição de dor e no processo^{4,7,17-19}.

Uma revisão sobre questões atuais envolvendo o tratamento da DC mostrou que ainda hoje é focada no modelo biomédico da dor, deixando de enfatizar nos aspectos biopsicossociais⁸. O questionário de dor de McGill, validado no Brasil²⁰, avalia a dor nas dimensões sensorial, afetiva e avaliativa, mas foca quase exclusivamente na descrição da dor²¹.

Pela necessidade de avaliação mais completa, foram desenvolvidos diversos questionários de triagem psicossociais com melhor acurácia em relação ao julgamento informal dos profissionais de saúde. Os questionários, porém, são extensos, às vezes complexos e demandam maior tempo para aplicação, muitas vezes sendo penoso tanto para o avaliador como para o paciente, o que faz com que esses instrumentos não sejam utilizados de forma rotineira na prática clínica e, assim, muitas comorbidades psicossociais não recebem apoio e tratamento necessário^{9,18}. O rastreio rotineiro desses fatores poderia ser facilitado com perguntas breves de triagem validadas¹⁸.

O estudo¹⁸ comparou seis perguntas curtas de triagem para aspectos biopsicossociais da dor lombar crônica com escores de questionários completos já validados, encontrando boa sensibilidade e especificidade. Os aspectos avaliados foram depressão, ansiedade, estresse, catastrofização e cinesiofobia. Para ansiedade e depressão, o estudo demonstrou correlação de 0,62 a 0,83; acurácia diagnóstica de 78 a 91%; sensibilidade de 70 a 82% e especificidade de 75 a 95%, já para a catastrofização e cinesiofobia, a correlação ficou em 0,89 a 0,95, a acurácia diagnóstica de 88 a 93%; sensibilidade de 78 a 88% e especificidade de 91 a 96%. Outro estudo⁹ utilizou as mesmas perguntas em diferentes condições de DC. Ansiedade, estresse e depressão demonstraram sensibilidade de 71,2 a 80,8% e especificidade de 70,6 a 73,1%, cinesiofobia e catastrofização demonstraram sensibilidade de 75,7 a 90,7% e especificidade de 60,9 a 74,4%. Tais resultados indicam, portanto, que as perguntas breves poderiam auxiliar a detecção precoce dos distúrbios biopsicossociais de forma mais simples, rápida e confiável.

O objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar de forma transcultural para o português do Brasil as seis perguntas breves de triagem dos aspectos biopsicossociais, ansiedade, depressão, estresse, cinesiofobia e catastrofização em pacientes com DC, disponibilizando uma ferramenta simples e de rápida aplicação.

MÉTODOS

A amostra foi composta por 40 pacientes com DC, idade superior a 18 anos e com dor há pelo menos três meses, acompanhados pelo

Ambulatório da Dor do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Todos os que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram os analfabetos ou que não falassem a língua portuguesa brasileira.

Após o consentimento do autor do questionário original¹⁸, o estudo seguiu o protocolo de tradução e adaptação transcultural²² dividido em seis etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste e análise do conteúdo e aparência. Foi realizada a tradução inicial por dois tradutores independentes bilíngues do idioma original, inglês, para o idioma de destino, português do Brasil. Um dos tradutores era da área da saúde e cada um reproduziu uma versão independente chamada T1 e T2.

As versões traduzidas T1 e T2 foram submetidas à avaliação e comparação dos tradutores com os autores do presente estudo. Juntos eles produziram uma versão consensual em português, chamada de T3.

A versão síntese T3 foi retrotraduzida do idioma português para o idioma original, inglês, por outros dois tradutores independentes bilíngues que não conheciam o instrumento original e não participaram da etapa anterior. Cada retrotradutor produziu nova versão, chamadas RT1 e RT2, dando origem a nova versão consensual retrotraduzida, chamada RT3, que teve como finalidade avaliar se o conteúdo da versão síntese era semelhante ao do instrumento original.

Após a retrotradução, versão RT3, um comitê de especialistas, formado por um psicólogo e quatro fisioterapeutas com conhecimento sobre DC se reuniram com a finalidade de produzir a versão pré-final das perguntas, a qual também avaliou a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual da versão traduzida. No caso de qualquer item ser identificado como não adequado por qualquer especialista do comitê, o mesmo foi revisado e discutido até que em comum acordo fosse alcançada a versão adaptada culturalmente para a população brasileira, chamada T4 ou versão final, que foi aplicada nos 40 pacientes, os quais foram encorajados a sugerir melhoras e relatar qualquer dificuldade na compreensão das perguntas.

Finalmente, foi realizada auditoria de todo o processo, analisando-se passo a passo todas as etapas seguidas, para certificar que foram realizadas tradução e adaptação adequadas. Também foi feita avaliação sobre legibilidade do instrumento utilizando o índice de facilidade de leitura de Flesch (IFLC) que, além do nível de leitura, avalia se o instrumento é adequado para a população alvo, com índice de pontuação variando entre zero e 100. Quanto menor a pontuação, mais difícil é o texto²⁰. O nível de leitura foi calculado pela equação $206,835 - [(1,015 \times \text{comprimento médio da frase}) + 84,6 \times (\text{número médio de sílabas})]$.

Pontuação de 60 ou superior foi considerada apropriada para a população adulta. A tabela 1 apresenta a interpretação do IFLC.

Tabela 1. Interpretação do Índice de Facilidade de Leitura de Flesch

Escala de Flesch	Nível de Legibilidade
0 – 29	Muito difícil
30 – 49	Difícil
50 – 59	Razoavelmente difícil
60 – 69	Padrão
70 – 79	Razoavelmente fácil
80 – 89	Fácil
90 – 100	Muito Fácil

Os pacientes foram selecionados enquanto aguardavam a consulta de rotina no ambulatório da dor, durante o segundo semestre de 2019. Antes da aplicação das perguntas, os pacientes responderam a uma ficha de avaliação inicial, com dados para a caracterização da amostra. As perguntas do estudo englobam cinco domínios: ansiedade, medo do movimento, estresse, catastrofização e depressão. As pontuações das perguntas variam de zero a 10, sendo que quanto mais próximo de 10, maior a probabilidade de alguma alteração no campo de avaliação da pergunta.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HU UFJF/EBSERH, parecer nº 13525619.0.0000.5133.

RESULTADOS

Participaram do estudo 40 pacientes com DC, sendo 87,5% mulheres, 42,5% casados, 37,5% com ensino fundamental incompleto. A maioria encontrava-se afastada da atividade laboral (25%) ou aposentada por invalidez (27,5%). As tabelas 2 e 3 caracterizam a amostra.

Tabela 2. Características clínicas da amostra

Variáveis	Resultados (média±DP)
Idade (anos)	57,95 ± 10
Nº de comorbidades	3,22 ± 2,21
Autoavaliação do estado de saúde	5,62 ± 2,09
Intensidade da dor (EVN)	8,25 ± 1,95
Duração da dor (anos)	7,77 ± 7,58

EVN = escala visual numérica; DP = desvio padrão.

O nível médio de dor pela escala numérica da dor¹⁹ foi de 8,25±1,95, sendo a coluna vertebral (55%) e os membros inferiores (42,5%) os locais mais acometidos. Com relação ao tempo que os pacientes apresentavam DC, o menor foi um ano e o maior 38 anos.

Tabela 3. Características da amostra

Variáveis	Categorias	nº	%
Escolaridade	Fundamental Completo	5	12,50
	Fundamental Incompleto	15	37,50
	Médio completo	14	35
	Médio incompleto	2	5
			3
		1	2,50
Ocupação	Ativo	6	15
	Afastado	10	25
	Aposentado	24	60
HAS	Sim	31	77,50
	Não	9	22,50
Tabagismo	Sim	3	7,50
	Não	37	92,50
Atividade Física	Sim	21	52,50
	Não	19	47,50
Local de dor	Cabeça e pescoço	4	10
	Membros superiores	9	22,50
	Tronco	1	2,50
	Quadril	3	7,50
	Membros inferiores	17	42,50
	Coluna vertebral	22	55
	"Dor generalizada"	10	25

HAS = hipertensão arterial sistêmica.

A renda média de 77,5% da população do estudo era de um a três salários-mínimos, 55% eram brancos, 7,5% eram tabagistas, 52,5% praticavam atividade física e 77,5% eram hipertensos. (Tabela 3).

A versão original e a versão final das perguntas breves traduzidas estão na tabela 4. As versões resultantes da tradução (T1 e T2) e a retrotradução (RT1 e RT2) apresentaram resultados idênticos ou muito semelhantes, mostrando boa concordância entre as versões, sendo necessárias pequenas adequações gramaticais para melhor compreensão e aplicabilidade das perguntas. As mudanças necessárias foram realizadas pelo comitê de especialistas.

Para avaliação da ansiedade e do estresse, optou-se respectivamente pelas seguintes perguntas "Você se sente ansioso?" com a resposta variando de "Zero: de modo algum a 10: Muito ansioso" e "Você se sente estressado?" com resposta de "Zero: Nenhum estresse a 10: Muito estressado", não sendo necessária nenhuma alteração, pois as traduções foram idênticas e não houve alteração de significado após a retrotradução.

Para medo do movimento, a pergunta escolhida foi "Atividades físicas podem me machucar" que foi traduzido pelo segundo tradutor (T2), pois se concluiu que esta versão contribuiria mais para melhor compreensão do paciente em relação à versão traduzida por T1 ("Atividade física pode me causar lesão") devido ao termo "lesão". A resposta da pergunta não necessitou de alterações, sendo "zero: discordo completamente a 10: concordo plenamente". Além disso, para o título do domínio da pergunta optou-se pela tradução de T2, visto que o termo utilizado "Medo do Movimento" se aproxima mais do termo utilizado na pergunta original do que o termo "Cinesiofobia" utilizado por T1, além disso, é um termo que pode ser mais bem compreendido pela população que apresenta diferentes níveis educacionais.

A pergunta escolhida para avaliação da catastrofização foi "Quando eu sinto dor, é terrível e sinto que nunca vai melhorar" com resposta de "zero: Nunca acontece" a "10: Sempre acontece", com traduções idênticas e sem alterações de sentido após a retrotradução, tendo a única alteração realizada no título do domínio da pergunta, optando-se pela tradução de T1, pois a tradução de T2 traz como título "Catastrofizar" e T1 "Catastrofização", termo mais próximo ao utilizado em outros estudos ao avaliar o mesmo domínio e ao título dado pelo autor original.

Para avaliação da depressão foram usadas duas perguntas "Durante o último mês com que frequência você se sentiu triste, deprimido ou teve uma sensação de desesperança?" e "Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar tendo pouco interesse ou prazer em fazer alguma coisa?" ambas com resposta variando de "zero: nunca" a "10: o tempo todo". Cada pergunta avalia uma dimensão da depressão, a primeira com relação ao humor deprimido e a segunda avalia a falta de interesse ou anedonia. Com relação às alterações realizadas, na versão de T1 as palavras "desespero" na primeira pergunta e "aborrecido" na segunda distanciaram as versões traduzidas da versão original, optando-se assim pela versão de T2 em ambas as perguntas, pois os especialistas julgaram os termos utilizados como sendo mais relacionados com as dimensões avaliadas.

O tempo gasto na apresentação do TCLE, preenchimento da ficha de avaliação inicial e das seis perguntas de triagem foi de 4 a 5 minutos. O grau de facilidade de leitura foi 100, evidenciando a facilidade do instrumento.

Tabela 4. Comparação das versões original e final

Versão original	Versão sintética
<i>Anxiety</i>	Ansiedade
<i>“Do you feel anxious?”</i>	“Você se sente ansioso?”
<i>Not at all: zero</i>	De modo algum: zero
<i>Quite anxious: 10</i>	Muito ansioso: 10
<i>Fear of movement</i>	Medo do movimento
<i>“Physical activity might damage me”</i>	“Atividades físicas podem me machucar”
<i>Completely Disagree: zero</i>	Discordo completamente: zero
<i>Completely agree: 10</i>	Concordo completamente: 10
<i>Stress</i>	Estresse
<i>“Do you feel stressed?”</i>	“Você se sente estressado?”
<i>Not at all stressed: zero</i>	Nenhum estresse: zero
<i>Very stressed: 10</i>	Muito estressado: 10
<i>Catastrophization</i>	Catastrofização
<i>“When I feel the pain, it is terrible, and I feel that it will never get better”</i>	“Quando sinto dor, é terrível e sinto que nunca vai melhorar”
<i>Never do that: zero</i>	Nunca acontece: zero
<i>Always do that: 10</i>	Sempre acontece: 10
<i>Depression</i>	Depressão
<i>“During the past month, have you often felt sad, depressed or had a sense of hopelessness?”</i>	“Durante o último mês com que frequência você se sentiu triste, deprimido ou teve uma sensação de desesperança?”
<i>Never: zero</i>	Nunca: zero
<i>All the time: 10</i>	O tempo todo: 10
<i>Depression</i>	Depressão
<i>“During the past month, have you felt bothered by little interest or pleasure in to do something?”</i>	“Durante o último mês, você se sentiu incomodado por estar tendo pouco interesse ou prazer em fazer alguma coisa?”
<i>Never: zero</i>	Nunca: zero
<i>All the time: 10</i>	O tempo todo: 10

DISCUSSÃO

De acordo com dados da IASP, a prevalência anual estima que entre 15 e 45% da população geral têm DC^{1,2}. No Brasil, embora não haja muitos estudos epidemiológicos, alguns estudos trazem que a DC é a principal causa de procura por atendimento ambulatorial^{25,26}.

Aspectos como humor, crenças, expectativas, experiências prévias, atitudes, conhecimento e o significado simbólico atribuído à dor podem modular a sensação dolorosa. Dessa forma, comorbidades ou sintomas psicológicos são altamente prevalentes em pacientes com DC²⁷, estando associados ao aumento da dor e maior incapacidade, com importante papel na consequência da dor^{1,2}. Em decorrência da necessidade da avaliação mais completa e prática, e pela falta de instrumentos adequados, a tradução e adaptação transcultural das seis perguntas curtas de triagem dos aspectos biopsicossociais da DC surge como uma opção para implementação da avaliação simples e rápida de forma rotineira na prática clínica.

Porém, antes da aplicação de um instrumento para avaliação em cultura diferente, ele deve ser submetido ao processo de tradução e adaptação transcultural, que não é somente a tradução literal, mas também manter a equivalência semântica, conceitual, operacional e de mensuração dos itens que o compõem²⁸. O objetivo foi manter a semelhança dos conceitos na versão traduzida e adaptada apesar das diferenças culturais.

O processo de tradução e adaptação transcultural foi feito por duas traduções e duas retrotraduções. O uso de dois tradutores independentes em cada uma das fases foi de suma importância, pois as versões produzidas por eles puderam ser comparadas e discutidas de forma extensa quando houve identificação de discrepâncias, para que se chegasse à versão final com a melhor resolução possível. Apesar dos tradutores não terem conhecimento prévio das perguntas e terem trabalhado de forma independente, as experiências de ambos com a língua foram essenciais para a determinação da equivalência semântica dos termos, pois muitas vezes alguns problemas podem ser encontrados na tradução de instrumentos devido à falta de familiaridade com a área de pesquisa. Para resolver esses problemas, o comitê formado por especialistas analisou as perguntas em conjunto com os autores do estudo, que contribuíram com algumas sugestões e modificações, a fim de garantir a clareza e equivalência conceitual. Este estudo seguiu as recomendações para o processo de tradução e adaptação transcultural²², no qual o foco deve ser a equivalência semântica e não a tradução literal, com o objetivo de expressar o conteúdo original de modo a fazer sentido para a nova população alvo. Portanto, sempre que possível foi mantido o significado central o mais próximo possível da versão original, sem prejudicar a compreensão das perguntas.

A amostra incluiu 40 pacientes com DC em diferentes locais e intensidades, com diferentes idades, sexos, nível de escolaridade e renda, para conter o maior número de características pessoais possíveis que refletisse ampla variação na resposta das perguntas.

A prevalência da DC aumenta de forma constante com a idade^{1,3}, fato confirmado neste estudo. Na população idosa o controle da DC é mais difícil devido à presença da dor em múltiplos locais, ao maior número de comorbidades e à limitação no gerenciamento farmacológico^{3,4}. Mais de 85% da população do estudo foi composta por mulheres, o que está de acordo com a maioria dos estudos sobre o assunto^{1,2,15}. Além da maior prevalência em mulheres, existe também maior prevalência em adultos casados^{15,26}, em consonância com os achados deste estudo.

Com relação ao nível de escolaridade e renda, o estudo mostrou que a DC afetou mais aqueles que tinham ensino fundamental incompleto e renda entre R\$ 998,00 e R\$ 2.994,00, o que corrobora com o estudo². Indicadores de nível socioeconômico, como pobreza, educação e cobertura dos serviços de saúde mostram-se associados ao estado geral de saúde². A explicação é que as pessoas com baixa renda e menor escolaridade possuem menor conhecimento acerca da avaliação e tratamento adequados para a DC, automedicam-se frequentemente e têm menos acesso aos serviços de saúde^{6,25}. Outro ponto que chama a atenção é que grande parte da amostra está afastada do trabalho ou já aposentada por invalidez, além de apresentarem intensidade de dor mais elevada pela EVN. Estudos mostram que a dor afeta a produtividade no trabalho, a vida social e leva à incapacidade²⁹. Revisão sistemática e meta-análise realizada no Reino Unido mostraram que a DC prevalece associada a níveis mais altos de dor, sendo bastante incapacitante em muitos casos¹.

Um estudo mostrou que a DC mais prevalente foi lombalgia (21,1%), seguida de dor em membros inferiores (15,8%), com muitos pacientes relatando dor generalizada²⁵, sendo que outro artigo³⁰ também evidenciou maior prevalência da DC em mulheres, sendo a

lombalgia e a dor em membros inferiores as mais frequentes, dados também encontrados nesta pesquisa.

Pesquisa¹² envolvendo 4.859 participantes verificou que a DC normalmente se apresenta associada à comorbidades, distúrbios do sono e transtornos psicológicos. O presente estudo também evidenciou maior prevalência com relação ao número de comorbidades, sendo a hipertensão arterial a mais frequente, na mesma linha do estudo¹⁵. Para o equilíbrio entre a versão original e a adaptada por este estudo, não foram necessárias muitas modificações para melhor compreensão da população brasileira. O fato de as perguntas serem curtas, diretas e se mostrarem com bom nível de legibilidade, não apresentou dificuldade de compreensão pelos pacientes, que em sua maioria possuíam apenas ensino fundamental incompleto, mostrou que não é necessário grau de instrução elevado para bom entendimento das questões, evidenciando a viabilidade do instrumento para a população brasileira, que é composta por variação enorme de níveis educacionais.

O instrumento permitiu avaliação de pacientes com DC mais rápida e precisa com a detecção precoce de alterações relacionadas aos fatores psicossociais envolvidos na DC, influenciando na terapêutica e favorecendo tratamento mais direcionado às necessidades do paciente. Após a identificação de aspectos psicossociais presentes com o instrumento, podem ser utilizados instrumentos mais complexos e específicos para avaliar as características de maneira mais precisa, como a escala Tampa para cinesiofobia³¹, a Escala de Auto Eficácia para a DC³², a Escala de Catastrofização³³ e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão³⁴.

Uma limitação do estudo foi a composição da amostra, em sua maioria por mulheres, visto que os cuidados com as mulheres envolvem particularidades específicas²⁶. Outra limitação foi a amostra não incluir indivíduos jovens e/ou muito idosos, apesar da faixa etária média estar de acordo com a literatura mundial.

Apesar de constituir um importante passo no processo de validação de um instrumento, a tradução, adaptação transcultural e equivalência semântica são apenas o princípio. Após esta fase, o instrumento necessita passar pelo processo de validação. As perguntas precisam ser sensíveis e ter especificidade suficiente para serem úteis no processo de triagem e na identificação das alterações biopsicossociais que possam estar envolvidas na DC, e a partir daí serem usadas na pesquisa e na prática clínica. Portanto, este estudo consistiu a primeira fase para determinação da versão em português das seis perguntas breves e sua aplicabilidade na população brasileira.

CONCLUSÃO

A versão portuguesa brasileira das seis perguntas curtas de triagem dos aspectos biopsicossociais da DC foi feita após cuidadoso processo de tradução e adaptação transcultural, originado um instrumento de fácil entendimento e rápida aplicação. Esta foi a primeira etapa da tradução e adaptação transcultural, sendo necessária a avaliação da confiabilidade, validade e responsividade das perguntas para a realidade brasileira.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Gabriela Valentim Cardoso

Coleta de Dados, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Redação – Preparação do original

Anna Paula Campos Sarchis

Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão

Paulo Augusto de Almeida Britto

Análise estatística, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão

REFERÊNCIAS

1. Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*. 2016;6(6):e010364.
2. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, Debar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults – United States. *MMWR*. 2018;67(36):1001-6.
3. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliot AM, Gaffin J, Jones D, et al. British Geriatric Society. Guidance on the management on pain in older people. *Ange and Ageing*. 2013;42(Suppl):i1-57.
4. Miaskowski C, Blyth F, Nicosia F, Haan M, Keefe F, Smith A, et al. A biopsychosocial model of chronic pain for older adults. *Pain Med*. 2020;21(9):1793-805.
5. DeSantana JM, Perinissinoti DM, Oliveira Junior JO, Correia LM, Oliveira CM, Fonseca PR. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. *BrJP*. 2020;3(3):197-8.
6. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. 2004;111(1-2):51-8.
7. Lin I, Wiles L, Waller R, Gouche R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020;54(2):79-86.
8. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;14(1):CD011279.
9. Vaegter HB, Handberg G, Kent P. Brief psychological screening questions can be useful for ruling out psychological conditions in patients with chronic pain. *Clin J Pain*. 2018;34(2):113-21.
10. Sorensen L, Jensen MSA, Rathleff MS, Holden S. Comorbid insomnia, psychological symptoms and widespread pain among patients suffering from musculoskeletal pain in general practice: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(6):e031971.
11. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: the first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):368-84.
12. Goral A, Lipsitz JD, Gross R. The relationship of chronic pain with and without comorbid psychiatric disorder to sleep disturbance and health care utilization: results from the Israel National Health Survey. *J Psychosom Res*. 2010;69(5):449-57.
13. Ho PT, Li CF, Ng YK, Tsui SL, Ng KE. Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. *J Psychosom Res*. 2011;70(6):541-7.
14. Hung CI, Liu CY, Fu TS. Depression: an important factor associated with disability among patients with chronic low back pain. *Int J Psychiatry Med*. 2015;49(3):187-98.
15. Júnior JJS, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor*. 2012;13(2):111-8.
16. Mirkhil S, Kent PM. The diagnostic accuracy of brief screening questions for psychosocial risk factors of poor outcome from an episode of pain: a systematic review. *Clin J Pain*. 2009;25(4):340-8.
17. Kent PM, Keating JL, Taylor NF. Primary care clinicians use variable methods to assess acute nonspecific low back pain and usually focus on impairments. *Man Ther*. 2009;14(1):88-100.
18. Kent P, Mirkhil S, Keating J, Buchbinder R, Manniche C, Albert HB. The concurrent validity of brief screening questions for anxiety, depression, social isolation, catastrophization, and fear of movement in people with low back pain. *Clin J Pain*. 2014;30(6):479-89.
19. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabe LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE*. 2013;12(3):110-117.
20. Costa LCM, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Oliveira WMO, Azevedo DC, et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(8):903-12.
21. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. esc. enferm. USP*. 1996; 30(3):473-83.
22. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
23. Lobato L, Caçador BS, Gazzinelli MF. Legibilidade dos termos de consentimento livre e esclarecido em ensaios clínicos. *Rev Bioet*. 2013;21(3):557-67.
24. Costa LOP, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Ferreira ML, Pozzi GC, et al. Clinimetric testing of three self-report outcome measures for low back pain patients in Brazil: which one is the best? *Spine*. 2008;33(22):2459-63.

25. Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor*. 2011;12(4):297-300.
26. Cozzensa SM, Gastal FA, Jorge VNC. Dor lombar crônica em uma população adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):377-85.
27. Manchikanti L, Fellows B, Pampati V, Beyer C, Damron K, Barnhill RC. Comparison of psychological status of chronic pain patients and the general population. *Pain Physician*. 2002;5(1):40-8.
28. Sardinha A, Nardi AE, Eifert GH. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Questionário de Ansiedade Cardíaca. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(2):139-49.
29. Edwards NL, Sundry JS, Forsythe A, Blume S, Pan F, Becker MA. Work productivity loss due to flares in patients with chronic gout refractory to conventional therapy. *J Med Econ*. 2011;14(1):10-5.
30. Kreling MC, Cruz DA, Pimenta CA. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):509-13.
31. Siqueira FB, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC. Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala TAMPA de cinesiofobia. *Acta Ortop Bras*. 2007;15(1):19-24.
32. Salvetti MG, Pimenta CA. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev Psiq Clin*. 2005;32(4):202-10.
33. Júnior JS, Nicholas MK, Pereira IA, Pimenta CAM, Asghari A, Cruz RM. Validação da Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor. *Acta Fisiatr*. 2008;15(1):31-6.
34. Marcolino JA, Mathias LA, Filho LC, Guarantini AA, Suzuki FM, Alli LA. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: Estudo da validade de critério e confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(1):52-62.

