

# The Brazilian version of STarT Back Screening Tool – translation, cross-cultural adaptation and reliability\*

## Versão brasileira do STarT Back Screening Tool – tradução, adaptação transcultural e confiabilidade

Bruna Pilz<sup>1,2</sup>, Rodrigo A. Vasconcelos<sup>1,2</sup>, Freddy B. Marcondes<sup>1,3</sup>, Samuel S. Lodovichi<sup>4</sup>, Wilson Mello<sup>4</sup>, Débora B. Grossi<sup>2</sup>

**ABSTRACT | Background:** Psychosocial factors are not routinely identified in physical therapy assessments, although they can influence the prognosis of patients with low back pain. The “STarT Back Screening Tool” (SBST) questionnaire aids in screening such patients for poor prognosis in the primary care setting and classifies them as high, medium, or low risk based on physical and psychosocial factors. **Objectives:** This study sought to translate and cross-culturally adapt the SBST to the Brazilian Portuguese language and test the reliability of the Brazilian version. **Method:** The first stage of the study consisted of the translation, synthesis, and back-translation of the original version of the STSB, including revision by the Translation Group, pretest of the translated version, and assessment by an expert panel. The pre-final Brazilian version was applied to 2 samples comprising 52 patients with low back pain; these patients were of both genders and older than 18 years of age. To assess the instrument’s reliability, an additional sample comprising 50 patients was subjected to 2 interviews, and the results were assessed using the quadratic weighted kappa value. The instrument’s internal consistency was assessed using Cronbach’s alpha (n=105), and the standard error of measurement was also calculated (n=50). **Results:** Translation and back-translation attained consensus, and only item 6 required changes; the reformulated version was applied to an additional sample comprising 52 individuals who did not report any doubts related to this item. The reliability of the SBST-Brazil was 0.79 (95% confidence interval: 0.63-0.95), the internal consistency was 0.74 for the total score and 0.72 for the psychosocial subscale, and the standard error of measurement was 1.9%. **Conclusion:** The translated and cross-culturally adapted SBST-Brazil proved to be reliable for screening patients according to their risk of poor prognosis and the presence of psychosocial factors.

**Keywords:** low back pain; questionnaire; STarT Back Screening Tool; rehabilitation; reliability.

### HOW TO CITE THIS ARTICLE

Pilz B, Vasconcelos RA, Marcondes FB, Lodovichi SS, Mello WA, Grossi DB. The Brazilian version of STarT Back Screening Tool – translation, cross-cultural adaptation and reliability. *Braz J Phys Ther.* <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0028>

**RESUMO | Contextualização:** Fatores psicossociais não são rotineiramente identificados na avaliação fisioterapêutica e podem influenciar o prognóstico de pacientes com dor lombar. O questionário “STarT Back Screening Tool” (SBST) auxilia na triagem desses pacientes em relação ao risco de mau prognóstico no tratamento primário, considerando fatores físicos e psicossociais, classificando-os em de baixo, médio e alto risco. **Objetivos:** Traduzir e adaptar transculturalmente o SBST para Língua Portuguesa do Brasil e testar a sua confiabilidade. **Método:** A primeira etapa consistiu na tradução, síntese, retro-tradução, revisão pelo grupo de tradução, pré-teste e avaliação dos documentos pelo Comitê. A versão pré-final foi aplicada em duas amostras de 52 pacientes cada, com dor lombar, de ambos os sexos e idade acima de 18 anos. Para verificação da confiabilidade intra-avaliador, foram realizadas duas entrevistas em outra amostra de 50 pacientes, e os resultados, analisados pelo Kappa ponderado quadrático. Também foram calculados a consistência interna, por meio do Alfa de Cronbach (n=105), e o erro padrão de medida (n=50). **Resultados:** O consenso foi atingido na tradução e retrotradução, e apenas o item 6 foi reformulado e reaplicado em outros 52 pacientes, os quais não tiveram dúvida. A confiabilidade foi de 0,79 (95% IC 0,63-0,95), a consistência interna para pontuação total foi de 0,74 e, para a subescala psicossocial, de 0,72, e o erro de padrão da medida foi de 1,9%. **Conclusão:** O SBST-Brasil traduzido e adaptado culturalmente mostrou-se confiável para triar pacientes em relação ao risco de mau prognóstico de tratamento, levando em consideração fatores psicossociais.

**Palavras-chave:** dor lombar; questionário; STarT Back Screening Tool; reabilitação; confiabilidade.

<sup>1</sup>Núcleo de Estudos e Pesquisa, Instituto Wilson Mello, Campinas, SP, Brasil

<sup>2</sup>Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

<sup>4</sup>Centro Universitário da Fundação Educacional de Guaxupé (UNIFEG), Guaxupé, MG, Brasil

Received: 01/28/2014 Revised: 03/25/2014 Accepted: 03/31/2014

\* Resumo apresentado no IV Meeting Internacional Científico IBRAMED.

## ● Introdução

A dor lombar está entre os maiores problemas de saúde do mundo, predominando em mulheres e pacientes entre 40-80 anos. Cerca de 11,9% dos pacientes relatam limitação por causa da dor lombar por mais de um dia e 23,2%, por mais de um mês<sup>1</sup>. A maioria dos pacientes com dor lombar aguda (90%) se recupera em seis semanas, porém de 2 a 7% dos pacientes permanecem sintomáticos e desenvolvem dor crônica, responsável por 75-85% de absenteísmo no trabalho<sup>2</sup>. Além disso, 53% dos pacientes com dor lombar crônica em uma população específica apresentaram distúrbios psicológicos relevantes<sup>3</sup>.

A dor tem impactos emocionais e comportamentais que favorecem o desenvolvimento de condições crônicas<sup>4-6</sup>, e evidências mostram que fatores psicossociais, como a percepção do paciente sobre a resolução dos sintomas de dor lombar, a relação dele com outras doenças, a dificuldade de enfrentamento da doença, a falta de confiança em si próprio, a catastrofização e sintomas depressivos são preditores de disfunção e interferem no prognóstico da dor lombar<sup>7-12</sup>. Identificar, no tratamento primário, aqueles pacientes que apresentam fatores psicossociais que possam influenciar o prognóstico<sup>2,7,8,13</sup> auxilia em um tratamento mais específico e possibilita ao paciente entender melhor as consequências dos sinais e sintomas da dor lombar<sup>13</sup>.

Apesar disso, a influência dos fatores psicossociais não é completamente entendida e é insuficientemente considerada para auxiliar no tratamento, por isso a sua identificação na prática clínica permanece ainda como um desafio<sup>5,8</sup>.

Portanto, a aplicação de um questionário que avalie fatores psicossociais e classifique pacientes com dor lombar auxilia na tomada de decisão durante o tratamento.

Hill et al.<sup>14</sup> recentemente criaram um questionário denominado STarT (Subgroups Target Treatment) Back Screening Tool (SBST). Trata-se de um questionário desenvolvido na Língua Inglesa, que classifica o risco de mau prognóstico de pacientes com dor lombar e/ou lombociatalgia na presença de fatores físicos e psicossociais. O SBST tem sido indicado como preditor de disfunções futuras para pacientes com dor lombar no tratamento primário e tem mostrado confiabilidade teste- reteste e consistência interna aceitáveis<sup>15</sup>.

Vários estudos têm testado a efetividade do questionário SBST<sup>12,13,15-17</sup>, e Hill et al.<sup>18</sup> verificaram que os pacientes classificados e tratados de acordo com o SBST tiveram melhores resultados no questionário

de função Rolland Morris e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida, diminuição do uso de serviços de saúde e redução dos dias de afastamento do trabalho em relação a um grupo controle, não classificado da mesma forma.

Atualmente, há escassez de questionários que avaliem o risco de mau prognóstico de dor lombar em relação a fatores físicos e psicossociais no Brasil. Dessa forma, os objetivos do trabalho foram traduzir e adaptar transculturalmente o questionário SBST para a Língua Portuguesa do Brasil e analisar as propriedades psicométricas de confiabilidade por meio da confiabilidade intra-avaliador, da consistência interna e do erro padrão da medida, a fim de disponibilizar uma ferramenta confiável para a triagem de pacientes com dor lombar, possibilitando à fisioterapia ter uma abordagem diferenciada e com melhores condições para tomada de decisão clínica, no âmbito clínico ou de pesquisas.

## ● Método

### Descrição do questionário SBST

O questionário SBST é constituído de nove itens, quatro são relacionados à dor referida, disfunção e comorbidades, como dor no ombro ou pescoço, e cinco itens compõem a subescala psicossocial (itens 5 a 9) referente a incômodo, catastrofização, medo, ansiedade e depressão<sup>12,14,15,18</sup>. O SBST-Brasil adotou as modificações e ordem de questões usadas por Fritz et al.<sup>12</sup> e Hill et al.<sup>18</sup>, recomendada pelos autores originais para facilitar a classificação do paciente.

Os pacientes são classificados como sendo de alto risco (presença de alto nível de fatores psicossociais, com ou sem a presença de fatores físicos), médio risco (presença de fatores físicos e psicossociais, mas em níveis mais baixos que os pacientes classificados como de alto risco) e baixo risco de mau prognóstico (com presença de mínimos fatores físicos e psicossociais)<sup>12,18</sup>.

Para pontuação e classificação do questionário, o paciente tem as opções de resposta “Concordo” e “Discordo” nos oito primeiros itens, com a primeira opção valendo um ponto, e a segunda opção valendo zero. Já o nono item apresenta cinco opções de resposta: “Nada, Pouco, Moderada, Muito, Extremamente”, sendo que a três primeiras opções são pontuadas como zero, e as duas últimas como um ponto cada. Se a pontuação total for entre 0-3 pontos, o paciente é classificado como de baixo

risco. Para valores maiores que 3 na pontuação total, considera-se então a pontuação da subescala psicossocial, composta pelas questões 5-9. Se a pontuação dessa subescala for  $\leq 3$  pontos, o paciente é classificado como de médio risco e, se for  $> 3$  pontos, encaixa-se no grupo de alto risco<sup>12,14,18</sup>. O esquema de classificação está ilustrado na Figura 1.

### Tradução e adaptação transcultural

A adaptação transcultural do questionário SBST utilizou a metodologia descrita por Beaton et al.<sup>19</sup>. A autorização para esse processo foi obtida do autor da versão original, Dr. Jonathan Hill, da Universidade de Keele, Inglaterra. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC), Campinas, SP, Brasil, sob o parecer nº 150.139.

O processo de adaptação transcultural foi realizado com a versão modificada<sup>12,18</sup>, e envolveu seis etapas: (1) tradução, (2) síntese, (3) retro-tradução, (4) revisão pelo Grupo de Tradução, (5) pré-teste e (6) avaliação dos documentos pelo Comitê de Especialistas.

Inicialmente, o questionário SBST, cuja versão original é na Língua Inglesa, foi traduzido para a Língua Portuguesa do Brasil por dois tradutores juramentados, independentes e bilíngues (T1 e T2), que tinham, como língua materna, o Português e fluência na Língua Inglesa, sendo que apenas um deles tinha conhecimento na área da saúde. Foram então criadas as versões T1 e T2 que, no segundo estágio de síntese, foram analisadas juntamente com o questionário original durante reunião dos tradutores iniciais com os pesquisadores, dando origem à versão T12.

Na etapa seguinte, a versão T12 foi retrotraduzida para a Língua Inglesa por outros dois tradutores bilíngues (RT1 e RT2), que não tinham conhecimento

da versão original do questionário. A língua materna era o Inglês, com fluência na Língua Portuguesa, pois residiam no Brasil.

No quarto estágio, efetuou-se uma revisão de todas as versões (original, T1, T2, T12, RT1 e RT2) pelo Grupo de Tradução, composto por um fisioterapeuta, dois médicos ortopedistas e todos os tradutores envolvidos no processo, o que consolidou todas as versões do questionário e chegou-se à versão pré-final do questionário SBST.

No quinto estágio, foi necessário realizar dois pré-testes da versão pré-final do questionário com o objetivo de eliminar qualquer item não compreendido por mais de 20% da amostra<sup>20</sup>. E, no sexto estágio, todos os relatórios foram submetidos ao Comitê, avaliados por ele, e enviados ao autor original para aprovação da versão final.

Os pacientes, recrutados por conveniência no Instituto Wilson Mello, Campinas, SP, Brasil, apresentavam dor lombar independente do tempo de início da doença, com ou sem irradiação para os membros inferiores e idade maior que 18 anos.

Sujeitos que apresentavam patologias importantes (ex.: compressão da cauda equina, fratura da coluna lombar, malignidade, alterações cognitivas, neurológicas ou reumatológicas), gravidez, cirurgia lombar nos últimos seis meses e os que não sabiam ler ou falar a Língua Portuguesa do Brasil foram excluídos do estudo. Todos os pacientes que aceitaram participar dessa etapa e da confiabilidade assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e informaram dados demográficos, apresentados na Tabela 1. O questionário foi autoaplicado e, após responder à versão pré-final, cada paciente foi interrogado pelo pesquisador sobre a compreensão de cada questão e sugestões de melhoria para o questionário.

### Propriedades psicométricas

#### Confiabilidade

Todas as propriedades do domínio de confiabilidade foram testadas, tais como confiabilidade intra-avaliador, consistência interna e erro padrão da medida<sup>21</sup>. A confiabilidade interavaliador não foi testada por ser um questionário autoaplicável sem interferência do avaliador.

#### Confiabilidade intra-avaliador

A análise da confiabilidade intra-avaliador do questionário SBST-Brasil foi realizada por duas entrevistas em uma nova amostra composta por

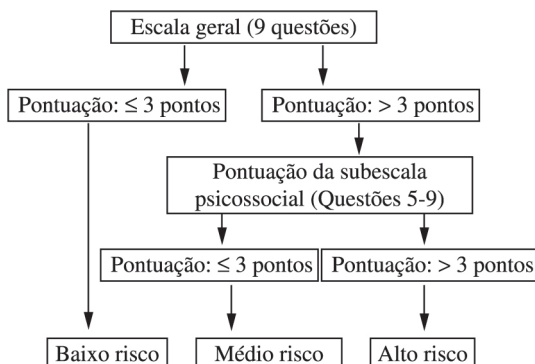


Figura 1. Fluxo de pontuação do questionário SBST<sup>12,14,18</sup>.

**Tabela 1.** Dados demográficos dos sujeitos envolvidos no estudo em todas as etapas.

Dados demográficos	Pré-teste I (n=52)	Pré-teste II (n=52)	Confiabilidade intra-avaliador EPM (n=50)	Consistência interna (n=105)
Idade (anos), média (DP)	48,87 (16,1)	50,1 (19,3)	48 (14,5)	47,8 (14,2)
Sexo, n (%)				
Masculino	18 (34%)	24 (46%)	23 (46%)	55 (52%)
Feminino	34 (66%)	28 (54%)	27 (54%)	50 (48%)
IMC, média (DP)			25,35 (3,6)	26,3 (4,5)
Escolaridade, n (%)				
Ensino fundamental	17 (32,6%)	16 (30,7%)	0 (0%)	26 (24,7%)
Ensino médio	33 (63,4%)	31 (59,6%)	15 (30%)	46 (43,8%)
Ensino superior	2 (4%)	5 (9,7%)	35 (70%)	33 (31,5%)
EAN, média (DP)			5,6 (1,9)	5,5 (2,2)
SBST- Brasil, média (DP)			2,64 (2,16)	4,1 (2,2)
Baixo risco, n (%)			26 (52%)	53 (50%)
Médio risco, n (%)			17 (34%)	28 (26%)
Alto risco, n (%)			7 (14%)	24 (24%)

EAN: escala de avaliação numérica da dor; EPM: erro padrão de medida; DP: desvio padrão; IMC: índice de massa corpórea.

50 pacientes com dor lombar não específica, segundo recomendação do COSMIN<sup>21</sup>. Eles foram recrutados por conveniência no Serviço de Fisioterapia do Instituto Wilson Mello, Campinas, SP, Brasil.

As duas entrevistas tiveram intervalo de dois a sete dias, dependendo da disponibilidade do paciente. Em todas as entrevistas, foram aplicados o questionário SBST-Brasil e a Escala de Avaliação Numérica da Dor (EAN)<sup>22</sup>. Foram considerados apenas os pacientes estáveis, ou seja, os que apresentaram variações iguais ou menores que 2 pontos na EAN entre as duas entrevistas, já que esse valor é considerado a mínima diferença clinicamente importante (MDCI) em pacientes com dor lombar crônica<sup>23</sup>. Os pacientes com variação na EAN maior que 2 pontos ou que não compareceram para a segunda entrevista foram excluídos do estudo.

### Consistência interna

Foi realizado um estudo piloto e aplicado o questionário SBST-Brasil em 105 pacientes com dor lombar para testar a consistência interna utilizando o Alfa de Cronbach. Os resultados iniciais foram abaixo do aceitável<sup>21</sup>, 0,59 para a pontuação total e 0,51 para a subescala psicossocial. Ao se analisarem as características dos primeiros 105 pacientes, observou-se que eles apresentavam heterogeneidade em relação à escolaridade (9% fundamental, 20% ensino médio e 71% ensino superior completo) e aos grupos de classificação de risco do questionário

(40% baixo risco, 43% médio risco e 17% alto risco). Portanto, uma nova amostra de pacientes (n=105) foi avaliada para testar a consistência interna com maior homogeneidade da amostra quanto à escolaridade (24,7% fundamental, 43,8% ensino médio e 31,5% ensino superior completo) e à classificação de risco (50% baixo risco, 26% médio risco e 24% alto risco).

### Erro Padrão da Medida (EPM)

Para esse cálculo, foi considerada a mesma amostra da análise de confiabilidade da primeira entrevista. Essa medida mostra apenas um erro de medida e não mudanças verdadeiras no resultado do questionário<sup>24</sup>.

### Análise estatística

O resultado da confiabilidade intra-avaliador foi obtido pelo Coeficiente Kappa ponderado quadrático acompanhado do intervalo de confiança (IC) de 95%, e os valores de confiabilidade foram classificados, segundo Sim e Wright<sup>25</sup>, como pobre ( $\leq 0$ ), leve (0,01 a 0,2), fraco (0,21 a 0,40), modesto (0,41 a 0,60), moderado (0,41 a 0,60), substancial (0,61 a 0,80) e quase perfeito (0,81 a 1,0), sendo esperado encontrar valores iguais ou maiores que 0,70 para confiabilidade do SBST, conforme sugerido pelo COSMIN<sup>21</sup>. As análises foram feitas com o programa SAS (versão 9.2).

Os dados da consistência interna foram avaliados pelo Alfa de Cronbach, e os valores aceitáveis deveriam estar entre 0,70 e 0,95<sup>24</sup>.

O EPM foi calculado pela fórmula:  $EPM_{95} = 1,96 * DP * \sqrt{(1 - Kappa_{\text{test-retest}})}$ , associado a um nível de confiança de 95%<sup>26</sup>. O resultado foi considerado como muito bom, se menor ou igual a 5%; bom, se entre 5,1% e 10%; questionável, se entre 10,1% e 20%, e fraco, se acima de 20,1%<sup>27</sup>.

## Resultados

As características demográficas dos pacientes envolvidos nas diferentes fases do estudo são apresentadas na Tabela 1.

### Adaptação transcultural

A adaptação transcultural inicial do questionário SBST para a Língua Portuguesa produziu versões bastante semelhantes, com pequenas diferenças entre as traduções T1 e T2. A Tabela 2 demonstra como essas diferenças foram solucionadas. Dessa forma, foram concluídas a primeira e a segunda etapas do processo de adaptação cultural, definindo-se a versão T12.

A etapa de retrotradução revelou que as versões RT1 e RT2 eram muito semelhantes entre si e bastante

equivalentes à versão original do questionário SBST, demonstrando a adequação da versão T12 à obtenção da versão pré-final.

O primeiro pré-teste revelou a necessidade de alteração apenas do sexto item do questionário: “Tenho ficado preocupado por muito tempo”, que não foi compreendido por mais de 20% dos indivíduos<sup>20</sup>. Após a revisão do Grupo de Tradução e seguindo a sugestão do próprio autor, a adaptação do sexto item foi alterada para: “Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas”. Depois de alterado, o segundo pré-teste não apresentou dúvidas, e ficou definida a versão brasileira final do questionário SBST, que se encontra em Anexo 1.

### Confiabilidade

A análise da confiabilidade intra-avaliador foi considerada substancial<sup>25</sup> para os valores de classificação, com valor acima de 0,70, que é o mínimo necessário<sup>21</sup>.

O questionário SBST-Brasil também apresentou valores de consistência interna aceitáveis (0,74 para pontuação total e 0,72 para subescala psicossocial) e um EPM considerado muito bom. Tais resultados são apresentados na Tabela 3.

**Tabela 2.** Modificações do processo de tradução do questionário SBST- Brasil.

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	T 1	T 2	T 12
3	I have only walked short distance.	Evito andar longas distâncias.	Eu somente andei curtas distâncias.	Eu evito andar longas distâncias.
4	I have dressed more slowly than usual.	Demora para eu me vestir.	Tenho me vestido mais lentamente que o habitual.	Tenho me vestido mais devagar.
5	It's really not safe for a person with a condition like mine to be physically active.	A atividade física é perigosa para as pessoas com a minha doença.	Não é realmente seguro para uma pessoa com uma condição como a minha para ser fisicamente ativo.	A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu.
6	Worrying thoughts have been going through my mind a lot of the time.	Fico preocupado frequentemente.	Pensamentos preocupantes têm passando na minha mente.	Tenho ficado preocupado por muito tempo.

**Tabela 3.** Valores encontrados para confiabilidade intra-avaliador (n=50), consistência interna (n=105) e EPM (n=50) do questionário SBST-Brasil.

	Classificação Baixo/ Médio/ Alto risco (95% IC)	Pontuação total	Pontuação da subescala psicossocial
<b>Confiabilidade intra-avaliador</b> (Kappa ponderado quadrado)	0,79 (0,63-0,95)		
Consistência Interna		0,74	0,72
EPM (%)		1,9	

EPM: erro padrão de medida.

## ● Discussão

Para assegurar a aplicação de questionários estrangeiros na população brasileira, são necessárias adaptações transculturais de forma sistematizada e criteriosa para a Língua Portuguesa do Brasil. O processo de adaptação transcultural dos questionários específicos não é simples, visto que não somente a língua é o diferencial entre os países, mas também as diferenças culturais devem ser consideradas para que seja mantida a validade e a confiabilidade do instrumento<sup>19,26</sup>. Por isso, o processo de adaptação transcultural foi cuidadoso, procurando manter a equivalência semântica, idiomática e conceitual, sem perder os conceitos originais<sup>28</sup>. A única questão que apresentou dúvida foi a 6, e a modificação realizada foi sugerida pelo autor da escala para atender ao princípio da formulação da questão; foi aprovada pelo Comitê de Especialistas e, quando reaplicada em nova amostra, não apresentou mais dúvidas.

O questionário SBST-Brasil é o primeiro questionário brasileiro com o objetivo de triar e classificar os pacientes com dor lombar em relação ao risco de mau prognóstico no tratamento fisioterapêutico por influência de fatores psicossociais. A versão original do SBST também foi traduzida para outras línguas, como o Espanhol, Francês, Dinamarquês, Árabe, Holandês, Alemão, Italiano, Polonês, Norueguês, Mandarim, Japonês, Italiano, Sueco, Turco, Urdu, Galês, Iorubá<sup>29</sup>, porém ainda não existia nenhuma adaptação à Língua Portuguesa do Brasil.

A confiabilidade intra-avaliador do SBST-Brasil, testada pelo Kappa ponderado quadrático, revelou um resultado aceitável de 0,79 (95% CI 0,63-0,95) em relação ao resultado de classificação e próximo aos valores do questionário original<sup>14</sup>, 0,73 (95% IC 0,57-0,84), para pontuação total, e 0,76 (95% IC 0,52-0,89) para subescala psicossocial.

Os dados de consistência interna da versão final foram maiores que 0,70 (0,74 para pontuação total e 0,72 para subescala psicossocial). Esses valores são semelhantes aos apresentados na versão original<sup>14</sup> (0,79 para pontuação total e 0,74 para subescala psicossocial) e também nas versões francesa<sup>30</sup> (0,74 para pontuação da subescala psicossocial) e iraniana<sup>31</sup> (0,82 para pontuação total e 0,79 para a subescala psicossocial), todas recomendadas para aplicação na prática clínica e em pesquisas. Até o presente, apenas essas duas versões relataram a consistência interna, e as amostras utilizadas nesses estudos não foram tão abrangentes em diagnósticos clínicos como

no presente trabalho. Por outro lado, nesta versão brasileira, os valores aceitáveis foram conseguidos em uma amostra de pacientes com variados diagnósticos, como dor lombar crônica inespecífica, pós-cirúrgica, com ou sem artrose, pacientes com espondilolistese, estenose foraminal, estenose central degenerativa e, portanto, representativa do ambiente clínico fisioterapêutico. Apesar da variedade de diagnósticos, a amostra foi mais bem distribuída nos diferentes níveis de escolaridade e de classificação de risco. No estudo piloto prévio, conduzido para testar a consistência interna, a amostra possuía pouca representatividade de indivíduos com risco alto e com baixa escolaridade, e a consistência interna resultante foi menor que 0,70 (0,59 para pontuação total e 0,51 para subescala psicossocial). A melhor representatividade da amostra deu-se pela distribuição mais homogênea das características de risco e escolaridade, o que permite, portanto, afirmar que o SBST-Brasil pode ser utilizado com boa consistência interna em diferentes quadros clínicos da dor lombar.

Outro aspecto a ser discutido quanto aos valores de consistência interna do SBST-Brasil é que ele enfatiza a avaliação de aspectos psicossociais de enfrentamento que podem ser fortemente influenciados pelo perfil psicossocial da amostra. Estudos futuros podem verificar se os valores de consistência se mantêm aceitáveis em grupos de mesmo estrato, seja do quadro clínico, seja do diagnóstico, seja sociocultural.

O valor do EPM do SBST-Brasil foi classificado como muito bom<sup>27</sup> e indica que a pontuação real do indivíduo pode variar 1,9% acima ou abaixo da pontuação obtida no questionário, o que não demonstra mudanças reais no quadro do paciente e, sim, apenas um erro de medida.

O domínio da confiabilidade demonstrou bons resultados e muito similares aos da versão original, fazendo do SBST-Brasil um questionário confiável para ser aplicado na população brasileira.

O uso dessa ferramenta resulta em diferenças importantes no padrão de tratamento primário de diferentes grupos de pacientes com dor lombar<sup>18</sup>. Pacientes classificados como de alto risco apresentam um prognóstico desfavorável por causa da presença de fatores psicossociais e podem não ter acesso a um tratamento específico, que inclui abordagem física e psicossocial, com princípios cognitivos e comportamentais, e, por isso, podem não evoluir adequadamente. Apesar de os pacientes classificados

como de médio risco não terem um prognóstico tão desfavorável quanto os pacientes de alto risco, também precisam de tratamento de fisioterapia, principalmente pelos sintomas físicos. Por outro lado, pacientes classificados como de baixo risco têm um bom prognóstico, beneficiando-se de orientações em relação aos sintomas de dor lombar e hábitos, não sendo necessário acompanhamento fisioterapêutico frequente. Com isso, nota-se que, com essa ferramenta, é possível ao fisioterapeuta definir, de forma mais adequada, qual a melhor abordagem a ser empregada no tratamento.

Ao comparar a decisão dos clínicos e a efetividade do questionário SBST em identificar pacientes que precisam de uma abordagem específica, Hill et al.<sup>17</sup> observaram que os resultados demonstraram concordância ruim entre o grupo avaliado pelos clínicos e o grupo avaliado pelo questionário. Esse último grupo teve resultados melhores que o grupo avaliado pelos clínicos, mostrando a dificuldade que os clínicos enfrentam em identificar pacientes com alto risco de mau prognóstico. O questionário SBST ajuda a identificar pacientes que necessitam de cuidados especiais, sendo um complemento importante para a avaliação clínica.

No entanto, o questionário apresenta limitações, como a falha em identificar problemas psicossociais em pacientes que não relatam sintomas de dor, além de não especificar preferências, expectativas e histórias prévias de tratamento<sup>17</sup>. Apesar de útil para a triagem de pacientes com dor lombar, o monitoramento do quadro clínico deve ser feito com outros questionários, como o FABQ e TKS-11<sup>15</sup>.

O SBST mostrou-se uma ferramenta útil para que a triagem inicial dos pacientes com dor lombar melhore a abordagem terapêutica e também auxilie na realização de estudos clínicos com pacientes com dor lombar. Além disso, a partir deste estudo, também é possível verificar outras propriedades psicométricas desse questionário.

## ● Conclusão

O processo de tradução e adaptação transcultural do SBST para a Língua Portuguesa do Brasil foi realizado de forma satisfatória, gerando a versão SBST-Brasil, que se mostrou confiável para a utilização no país, auxiliando no tratamento primário de dor lombar ao triar pacientes em relação ao risco de mau prognóstico de tratamento, levando em consideração fatores psicossociais.

## ● Referências

1. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012;64(6):2028-37. <http://dx.doi.org/10.1002/art.34347>. PMID:22231424
2. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006;15(S2, Suppl 2):S169-91. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-006-1071-2>. PMID:16550447
3. Apeldoorn AT, Bosselaar H, Ostelo RW, Blom-Luberti T, van der Ploeg T, Fritz JM, et al. Identification of patients with chronic low back pain who might benefit from additional psychological assessment. *Clin J Pain.* 2012;28(1):23-31. <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e31822019d0>. PMID:21677570
4. Nicholas MK. Depression in people with pain: There is still work to do. Commentary on 'Understanding the link between depression and pain'. *Scandinavian Journal of Pain.* 2011;2(2):45-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.02.003>.
5. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther.* 2011;91(5):700-11. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100330>. PMID:21451097
6. Nicholas MK. Mental disorders in people with chronic pain: an international perspective. *Pain.* 2007;129(3):231-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.03.011>. PMID:17451878
7. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* 2006;15(S2, Suppl 2):S192-300. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>. PMID:16550448
8. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, and the "Decade of the Flags" Working Group. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther.* 2011;91(5):737-53. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100224>. PMID:21451099
9. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002;27(5):E109-20. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200203010-00017>. PMID:11880847
10. Hill JC, Fritz JM. Psychosocial influences on low back pain, disability, and response to treatment. *Phys Ther.* 2011;91(5):712-21. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100280>. PMID:21451093
11. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain.* 2010;148(3):398-406. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.11.002>. PMID:20022697
12. Fritz JM, Beneciuk JM, George SZ. Relationship between categorization with the STarT Back Screening Tool and prognosis for people receiving physical therapy for low back pain. *Phys Ther.* 2011;91(5):722-32. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100109>. PMID:21451094
13. Main CJ, Sowden G, Hill JC, Watson PJ, Hay EM. Integrating physical and psychological approaches to treatment in low

- back pain: the development and content of the STarT Back trial's 'high-risk' intervention (StarT Back; ISRCTN 37113406). *Physiotherapy*. 2012;98(2):110-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2011.03.003>. PMID:22507360
14. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum*. 2008;59(5):632-41. <http://dx.doi.org/10.1002/art.23563>. PMID:18438893
  15. Beneciuk JM, Bishop MD, Fritz JM, Robinson ME, Asal NR, Nisenzon AN, et al. The STarT back screening tool and individual psychological measures: evaluation of prognostic capabilities for low back pain clinical outcomes in outpatient physical therapy settings. *Phys Ther*. 2013;93(3):321-33. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20120207>. PMID:23125279
  16. Wideman TH, Hill JC, Main CJ, Lewis M, Sullivan MJL, Hay EM. Comparing the responsiveness of a brief, multidimensional risk screening tool for back pain to its unidimensional reference standards: the whole is greater than the sum of its parts. *Pain*. 2012;153(11):2182-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.06.010>. PMID:22800410
  17. Hill JC, Vohora K, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Comparing the STarT back screening tool's subgroup allocation of individual patients with that of independent clinical experts. *Clin J Pain*. 2010;26(9):783-7. <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181f18aac>. PMID:20842014
  18. Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9802):1560-71. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60937-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-9). PMID:21963002
  19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-91. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. PMID:11124735
  20. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire—Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001;34(2):203-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2001000200007>. PMID:11175495
  21. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(7):737-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>. PMID:20494804
  22. Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Ciapetti A, Atzeni F. Clinimetric evaluations of patients with chronic widespread pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25(2):249-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2011.01.004>. PMID:22094200
  23. Lauridsen HH, Hartvigsen J, Manniche C, Korsholm L, Grunnet-Nilsson N. Responsiveness and minimal clinically important difference for pain and disability instruments in low back pain patients. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7(1):82. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-7-82>. PMID:17064410
  24. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>. PMID:17161752
  25. Sim J, Wright CC. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Phys Ther*. 2005;85(3):257-68. PMID:15733050.
  26. Beaton DE. Understanding the relevance of measured change through studies of responsiveness. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3192-9. PMID:11124736
  27. Magalhães MO, Costa LO, Ferreira ML, Machado LA. Clinimetric testing of two instruments that measure attitudes and beliefs of health care providers about chronic low back pain. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(3):249-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011000300012>. PMID:21829990
  28. Marcondes FB, Vasconcelos RA, Marchetto A, Andrade ALL, Zoppi Filho A, Etchebere M. Tradução e adaptação cultural do Rowe Score para a língua portuguesa. *Acta Ortop Bras*. 2012;20(6):346-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522012000600007>. PMID:24453630
  29. Keele.ac.uk. North Staffordshire: The STarT Back Screening tool website [Internet]. 2013 [cited 2013 Março 27]. Available from: <http://www.keele.ac.uk/sbst/translatedversions/>.
  30. Bruyère O, Demoulin M, Beaudart C, Hill JC, Maquet D, Genevay S, et al. Validity and reliability of the French Version of the STarT back screening tool for patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014;39(2):E123-8. <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0000000000000062>. PMID:24108286
  31. Azimi P, Shahzadi S, Azhari S, Montazeri A. A validation study of the Iranian version of STarT Back Screening Tool (SBST) in lumbar central canal stenosis patients. *J Orthop Sci*. 2014;19(2):213-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00776-013-0506-y>. PMID:24343300

### Correspondence

#### Bruna Pilz

Instituto Wilson Mello, Fisioterapia  
 Rua José Rocha Bonfim, 214, Ed. Chicago, 1º andar,  
 Condomínio Praça Capital, Santa Genebra  
 CEP 13080-650, Campinas, SP, Brasil  
 e-mail: bruna@iwsmello.com.br



## Anexo 1. STarT Back Screening Tool- Brasil (SBST-Brasil).

Pensando nas duas últimas semanas, assinale sua resposta para as seguintes perguntas:

	Discordo (0)	Concordo (1)
1. A minha dor nas costas se espalhou pelas pernas nas duas últimas semanas.	( )	( )
2. Eu tive dor no ombro e/ou na nuca pelo menos uma vez nas últimas duas semanas.	( )	( )
3. Eu evito andar longas distâncias por causa da minha dor nas costas.	( )	( )
4. Nas duas últimas semanas, tenho me vestido mais devagar por causa da minha dor nas costas.	( )	( )
5. A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu.	( )	( )
6. Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas.	( )	( )
7. Eu sinto que minha dor nas costas é terrível e que nunca vai melhorar.	( )	( )
8. Em geral, eu não tenho gostado de todas as coisas como eu costumava gostar.	( )	( )
9. Em geral, quanto a sua dor nas costas o incomodou nas duas últimas semanas ( ) Nada (0) ( ) Pouco (0) ( ) Moderado (0) ( ) Muito(1) ( ) Extremamente(1)		

Pontuação total (9 itens): \_\_\_\_\_ Subescala psicossocial (5-9 itens): \_\_\_\_\_