

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

ROGER BERG RODRIGUES PEREIRA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E PROPRIEDADES DE MEDIDA DA VERSÃO
EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DO PAIN STAGES OF CHANGE
QUESTIONNAIRE EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA
INESPECÍFICA**

SÃO CARLOS -SP
2025

ROGER BERG RODRIGUES PEREIRA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E PROPRIEDADES DE MEDIDA DA VERSÃO
EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DO PAIN STAGES OF CHANGE
QUESTIONNAIRE EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA
INESPECÍFICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia para obtenção do título de Mestre em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos. Área de concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional.

Orientadora: Profa. Dra. Thais Cristina Chaves

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (processo: 2023/14156-4).

São Carlos-SP
2025

FOLHA DE ROSTO

Este documento compõe a versão original da dissertação de mestrado do aluno Roger Berg Rodrigues Pereira, intitulado “ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E PROPRIEDADES DE MEDIDA DA VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DO PAIN STAGES OF CHANGE QUESTIONNAIRE EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA”.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Roger Berg Rodrigues Pereira, realizada em 24/02/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Thais Cristina Chaves (UFSCar)

Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho (UFMA)

Prof. Dr. Ney Armando de Mello Meziat Filho (UNISUAM)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia.

AGRADECIMENTOS

Dou graças a **Deus**, que verdadeiramente foi minha força em cada passo desta jornada. Deixar minha cidade natal e me aventurar a 2.900 km de distância para realizar o mestrado foi um desafio imenso. Adaptar-me a uma nova realidade foi tão desafiador quanto os estudos em si, especialmente no primeiro ano, quando o medo e a insegurança pareciam me testar constantemente. No entanto, foi nesses momentos que minha fé em **Cristo Jesus** estava derramada.

À **minha família**, expresso minha profunda gratidão por toda a mobilização feita no início para que eu pudesse estar em São Carlos. Ao **meu pai, Lidemberg**, e à **minha mãe, Fabiola**. Aos **meus avós, Rogério, Vera, Fátima e Everardo**. Aos **meus tios, Pedro, Renata e ao tio caçula, Pedro Thiago**. Muito obrigado, por todo o incentivo, suporte e apoio que recebi e recebo diariamente, é aconchegante e traz paz no meio de um ambiente fora da zona de conforto. Estou longe daqueles que amo, mas perto cada vez mais de uma certeza que sei que estão comigo por onde eu estiver. Sou imensamente grato por todo o incentivo educacional que me foi dado, e é com alegria que me torno mestre em Fisioterapia pela UFSCar.

À **minha noiva, Laís Braga**, minha companheira desde o início desta jornada. Sou profundamente grato pelo respeito, admiração e companheirismo que sempre me ofereceu. Tenho a imensa alegria de compartilhar com você os anos que virão, celebrando cada conquista, que também é sua. Amo a nossa história, que se constrói com as pequenas e grandes coisas que vivemos juntos. Sua presença ao meu lado torna os dias mais leves e me dá força para continuar. Obrigado por ser minha parceira em tudo.

À **professora Thais Chaves**, expresso minha sincera gratidão por sua orientação e confiança ao me receber no laboratório. Sua dedicação e capacidade de ensino trouxeram significância ao meu aprendizado. Valorizo em ser seu aluno e aprender sob sua liderança, sou grato pelo projeto de trabalhar com propriedades de medida, uma área em que você é considerada líder. Obrigado por abrir portas tão valiosas para meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Aos **meus amigos** do Laboratório de Pesquisa sobre Movimento e Dor (LabMovDor), minha mais profunda gratidão. Em especial, agradeço a **Ana e Thamiris**, que estiveram comigo transformando o impossível em realidade e colaborando de forma tão significativa ao longo dessa jornada. Sou grato pela constante troca de ideias, pela amizade e pela experiência de fazer

parte de um laboratório tão enriquecedor. Sem vocês, essa caminhada teria sido muito mais desafiadora.

À **Universidade Federal de São Carlos**, especialmente ao **Departamento de Fisioterapia**, pelo suporte e pela infraestrutura adequada que possibilitaram as avaliações desta pesquisa. Agradeço também às **disciplinas** oferecidas e aos **professores** que foram fundamentais para minha formação e aperfeiçoamento profissional. Agradeço à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)** pelo valioso auxílio financeiro que viabilizou a minha total dedicação no projeto (processo: 2023/14156-4). Além disso, agradeço à **banca examinadora**, tanto da qualificação quanto da defesa, pela disponibilidade e contribuições ao desenvolvimento deste trabalho.

EPÍGRAFE

"Um tomador de decisão deve saber que a medida utilizada é adequada ao seu propósito, como ela se compara com medidas semelhantes e como interpretar os resultados que ela produz."

Henrica CW de Vet

RESUMO

Introdução: A prontidão para a mudança como uma variável individual denota uma estratégia útil para entender como customizar intervenções para favorecer a adesão ou mesmo identificar quais aspectos/barreiras impactam o engajamento com o novo comportamento, como a prática aos exercícios, uma das mudanças de comportamento desejáveis no manejo da dor lombar crônica (DCL) inespecífica, além de contribuir para uma maior efetividade a longo prazo do tratamento. O *Pain Stages of Change Questionnaire* (PSOCQ) é uma medida que se mostrou aceitável da prontidão do paciente para o autogerenciamento da dor em outros países. No entanto, ainda não existe uma versão brasileira do PSOCQ (PSOCQ-Br). **Objetivo:** Realizar uma adaptação transcultural e verificar as propriedades de medida da versão brasileira do PSOCQ. **Design:** Estudo de propriedade de medida. **Métodos:** A adaptação transcultural foi conduzida de acordo com as diretrizes recomendadas. O PSOCQ-Br foi administrado a 150 participantes com DLC inespecífica. A análise fatorial confirmatória com os seguintes índices de ajuste: Chi-Square (CMIN), a razão CMIN dividido pelos graus de liberdade - *degrees of freedom* (DF) (CMIN/DF), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI) e Tucker Lewis Index (TLI) e a correlação de Pearson foram usadas para avaliar a validade do construto. O coeficiente de correlação intraclass (CCI) e o α de Cronbach foram utilizados para avaliar a confiabilidade teste-reteste e a consistência interna, respectivamente, além da análise do erro Padrão da Medida (SEM – *Standard Error of Measurement*) e da Mínima Diferença Detectável (SDC - *Smallest Detectable Change*). **Resultados:** A versão adaptada manteve sua equivalência e aplicabilidade no contexto brasileiro. O PSOCQ-Br demonstrou índices aceitáveis de validade estrutural através da análise fatorial confirmatória para um modelo com 4 subescalas. O α de Cronbach para cada subescala do PSOCQ-Br foi superior a 0,70. O CCI para cada subescala também acima de 0,70 (95%CI 0,72–0,85). O SDC de Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção foi, respectivamente, 0,97, 1,08, 1,03 e 1,05. As hipóteses de validade de construto foram confirmadas para as subescalas contemplação (83%), ação (94%) e manutenção (83%), exceto para a subescala de pré-contemplação, em que apenas 72% das hipóteses foram confirmadas. **Conclusão:** O PSOCQ-Br demonstrou propriedades de medida adequadas que foram comparáveis à versão original em inglês e em outros idiomas. Portanto, pode ser recomendado para uso na prática clínica e pesquisa para avaliar a prontidão para mudança em indivíduos com DLC inespecífica.

Palavras-chave: inquéritos e questionários; estudo de validação; modelo transteórico; dor lombar; fisioterapia

ABSTRACT

Introduction: Readiness for change as an individual variable denotes a useful strategy to understand how to customize interventions to promote adherence or even identify which aspects/barriers impact engagement with the new behavior, such as exercise practice, one of the desirable behavior changes in the management of nonspecific chronic low back pain (CLBP), in addition to contributing to greater long-term treatment effectiveness. The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) is a measure of patient readiness for pain self-management that has proven acceptable in other countries. However, there is still no Brazilian version of the PSOCQ (PSOCQ-Br). **Objective:** To perform a cross-cultural adaptation and verify the measurement properties of the Brazilian version of the PSOCQ. **Design:** Measurement property study. **Methods:** The cross-cultural adaptation was conducted according to the recommended guidelines. The PSOCQ-Br was administered to 150 participants with nonspecific CLBP. Confirmatory factor analysis with the following fit indices: Chi-Square (CMIN), the ratio of CMIN divided by degrees of freedom (DF) (CMIN/DF), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), and Tucker Lewis Index (TLI), and Pearson's correlation were used to assess construct validity. The intraclass correlation coefficient (ICC) and Cronbach's α were used to assess test-retest reliability and internal consistency, respectively, in addition to the analysis of the Standard Error of Measurement (SEM) and the Smallest Detectable Change (SDC). **Results:** The adapted version maintained its equivalence and applicability in the Brazilian context. The PSOCQ-Br demonstrated acceptable indices of structural validity through confirmatory factor analysis for a model with 4 subscales. Cronbach's α for each PSOCQ-Br subscale was above 0.70. The ICC for each subscale was also above 0.70 (95%CI 0.72–0.85). The SDC for Precontemplation, Contemplation, Action, and Maintenance were, respectively, 0.97, 1.08, 1.03, and 1.05. The construct validity hypotheses were confirmed for the contemplation (83%), action (94%), and maintenance (83%) subscales, except for the precontemplation subscale, in which only 72% of the hypotheses were confirmed. **Conclusion:** The PSOCQ-Br demonstrated adequate measurement properties that were comparable to the original English version and other languages. Therefore, it can be recommended for use in clinical practice and research to assess readiness for change in individuals with CLBP.

Keywords: surveys and questionnaires; validation study; transtheoretical model; low back pain; physiotherapy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Recomendações de melhores práticas para o cuidado na dor crônica musculoesquelética.....	16
Figura 2. Modelo de Mudança Transteórico.....	26
Figura 3. Fluxograma mostrando a distribuição da amostra através das fases do estudo de validação do PSOCQ-Br.	35
Figura 4. Fluxograma do método utilizado para a adaptação transcultural do PSOCQ-Br.....	36
Figura 5. Estrutura e cargas fatoriais para cada item das subescalas do PSOCQ-Br.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características das quatro subescalas do <i>Pain Stages of Change Questionnaire</i> (PSOCQ) e exemplos de itens para cada uma das quatro subescalas.....	27
Tabela 2. Hipóteses levantadas a priori para as correlações entre as escalas do PSOCQ-Br e instrumentos comparadores.....	42
Tabela 3. Descrição dos dados sociodemográficos, antropométricos, clínicos e psicossociais da amostra recrutada para a adaptação transcultural e verificação das propriedades de medida da versão em português brasileiro do PSOCQ.....	46
Tabela 4. Índices de ajuste do modelo da versão em português brasileiro do PSOCQ com diferentes métodos de estimação.....	49
Tabela 5. valores médios de CCI com IC 95% e α de Cronbach (n=103) das pontuações do PSOCQ considerando a intensidade de dor no momento da avaliação.....	51
Tabela 6. valores médios de CCI com IC 95% e α de Cronbach (n=109) das pontuações do PSOCQ considerando a intensidade de dor dos últimos 7 dias.....	52
Tabela 7. Hipóteses confirmadas para as correlações entre as escalas do PSOCQ-Br e instrumentos comparadores.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
CCI	Coefficiente de Correlação Intraclasse
CFI	Goodness of Fit Indexes
CMIN	Chi-Square
COSMIN	Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments
DF	Degree of freedom
DFisio	Departamento de Fisioterapia
DL	Dor lombar
DLC	Dor lombar crônica
DP	Desvio padrão
DSM-IV	4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
END	Escala Numérica de Dor
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
GBD	Global Burden of Disease
IM	índices de modificação
LabMovDor	Laboratório de Pesquisa sobre Movimento e Dor
MIC	Mínima Mudança Clinicamente Importante
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
ML	Maximum Likelihood
ODI	Índice de Incapacidade de Oswestry
PCS	Pain Catastrophizing Scale
PESCD	Programa de Estágio Supervisionado em Capacitação Docente
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PROMS	Patient Reported Outcome Measures
PSEQ	Pain Self-Efficacy Questionnaire
PSOCQ	Pain Stages of Change Questionnaire
RDWLS	Robust Diagonally Weighted Least Squares
RMDQ	Roland-Morris Disability Questionnaire
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2
SDC	Smallest Detectable Change
SEM	Standard Error of Measurement
SOPA	Survey of Pain Attitudes
SRMR	Standardized Root Mean Residual
T1	Tradutor expert
T12	Síntese das traduções
T2	Tradutor leigo
TLI	Tucker-Lewis Index
TSK	Tampa Scale for Kinesiophobia
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos

LISTA DE SÍMBOLOS

α alfa
 σ sigma

SUMÁRIO

1. PREFÁCIO	15
1.1. INSERÇÃO NA LINHA DE PESQUISA DO ORIENTADOR E DO PROGRAMA....	15
1.2. ESTÁGIO	15
1.3. ORIGINALIDADE	16
1.4. CONTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA PARA O AVANÇO CIENTÍFICO	17
1.5. RELEVÂNCIA SOCIAL	17
1.6. LISTA DE REFERÊNCIAS DE ARTIGO	18
1.6.1. Artigos submetidos relacionados à dissertação	18
1.6.2. Artigos publicados relacionados aos estudos desenvolvidos no laboratório de pesquisa sobre movimento e dor	18
1.6.3. Artigos em processo de submissão relacionados aos estudos desenvolvidos no laboratório de pesquisa sobre movimento e dor	19
1.6.4. Resumos Publicados em Anais de Congresso	19
1.6.5. Resumos aprovados para apresentação em congresso.....	20
1.7. LINK DO CURRÍCULO LATTES DO DISCENTE E ORCID	20
1.8. DESCRIÇÃO DA DISSERTAÇÃO OU TESE PARA O PÚBLICO LEIGO	21
2. INTRODUÇÃO	22
2.1. DOR LOMBAR E SUA PREVALÊNCIA	22
2.2. O AUTOGERENCIAMENTO DA DOR E TRATAMENTOS	23
2.2.1. O Autogerenciamento da dor	23
2.2.2. Tratamentos	23
2.3. ADEÇÃO AO EXERCÍCIO E A PRONTIDÃO MUDANÇA.....	24
2.4. PAIN STAGES OF CHANGE QUESTIONNAIRE (PSOCQ) – O CONTEXTO DA EVIDÊNCIA	26
2.5. O USO DE PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES (PROMS) PARA AVALIAÇÃO DA DOR	29
3. MATERIAIS E MÉTODOS	30
3.1. DESENHO DO ESTUDO	30
3.2. PARTICIPANTES	31
3.3. QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS	31
3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	34
3.5. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO PSOCQ PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO E ENTREVISTA COGNITIVA	36
3.5.1. Tradução Inicial Para O Português Brasileiro	37

3.5.2.	Síntese das traduções.....	37
3.5.3.	Retrotadução.....	38
3.5.4.	Reunião com revisão do comitê de especialistas	38
3.5.5.	Versão pré-final	39
3.6.	PROPRIEDADES DE MEDIDA	39
3.6.1.	Validade estrutural.....	39
3.6.2.	Consistência interna	39
3.6.3.	Confiabilidade e Medida de erro.....	40
3.6.4.	Teste de hipóteses – validade de construto.....	40
3.7.	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	42
4.	RESULTADOS	43
4.1.	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA VERSÃO PORTUGUÊS-BRASILEIRA DO PSOCQ E PRÉ-TESTE	43
4.2.	DADOS GERAIS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	45
4.3.	Validade estrutural.....	45
4.4.	CONSISTÊNCIA INTERNA, CONFIABILIDADE TESTE-RETESTE E MEDIDA DE ERRO	50
4.5.	TESTE DE HIPÓTESES - VALIDADE DE CONSTRUTO	52
5.	DISCUSSÃO	54
6.	CONCLUSÕES	58
7.	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE I – DOCUMENTO REUNIÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS	64
	APÊNDICE II – PSOCQ-Brasil.....	74
	ANEXO I – Teste Cloze.....	79
	ANEXO II – Mini-Cog.....	80
	ANEXO III– Survey of Pain Attitudes (SOPA).....	82
	ANEXO IV– Escala numérica de dor (END).....	85
	ANEXO V– Índice de Incapacidade Oswestry (ODI).....	86
	ANEXO VI– Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK).....	88
	ANEXO VII– Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)	89
	ANEXO VIII– Pain Catastrophizing Scale (PCS)	91
	ANEXO IX– Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	92
	ANEXO X– Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	93
	ANEXO XI– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	94

ANEXO XII- AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES (PSCOQ).....	100
---	-----

1. PREFÁCIO

1.1. INSERÇÃO NA LINHA DE PESQUISA DO ORIENTADOR E DO PROGRAMA

A presente dissertação foi realizada no contexto do Laboratório de Pesquisa sobre Movimento e Dor – LabMovDor, vinculado ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, o qual desenvolve estudos na área de propriedades de medidas (psicométricas e clinimétricas) de instrumentos de avaliação em reabilitação, uma das linhas de pesquisas do grupo, em que está sediado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e é coordenado pela Profa. Dra. Thais Cristina Chaves, docente do Departamento de Fisioterapia (DFisio) da UFSCar. Além disso, o Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFSCar possui a linha de pesquisa intitulada Instrumentação e Recursos Fisioterapêuticos relacionados ao Adulto e Saúde do Trabalhador, cujo o objetivo é desenvolver estudos experimentais e clínicos que envolvem a avaliação e a intervenção da Fisioterapia sobre a dor e desempenho funcional no adulto e trabalhador. Desta forma, o estudo desenvolvido e apresentado nessa dissertação está inserido no escopo das linhas de pesquisas anteriormente citadas. Por fim, o presente estudo foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – processo nº 2023/14156-4.

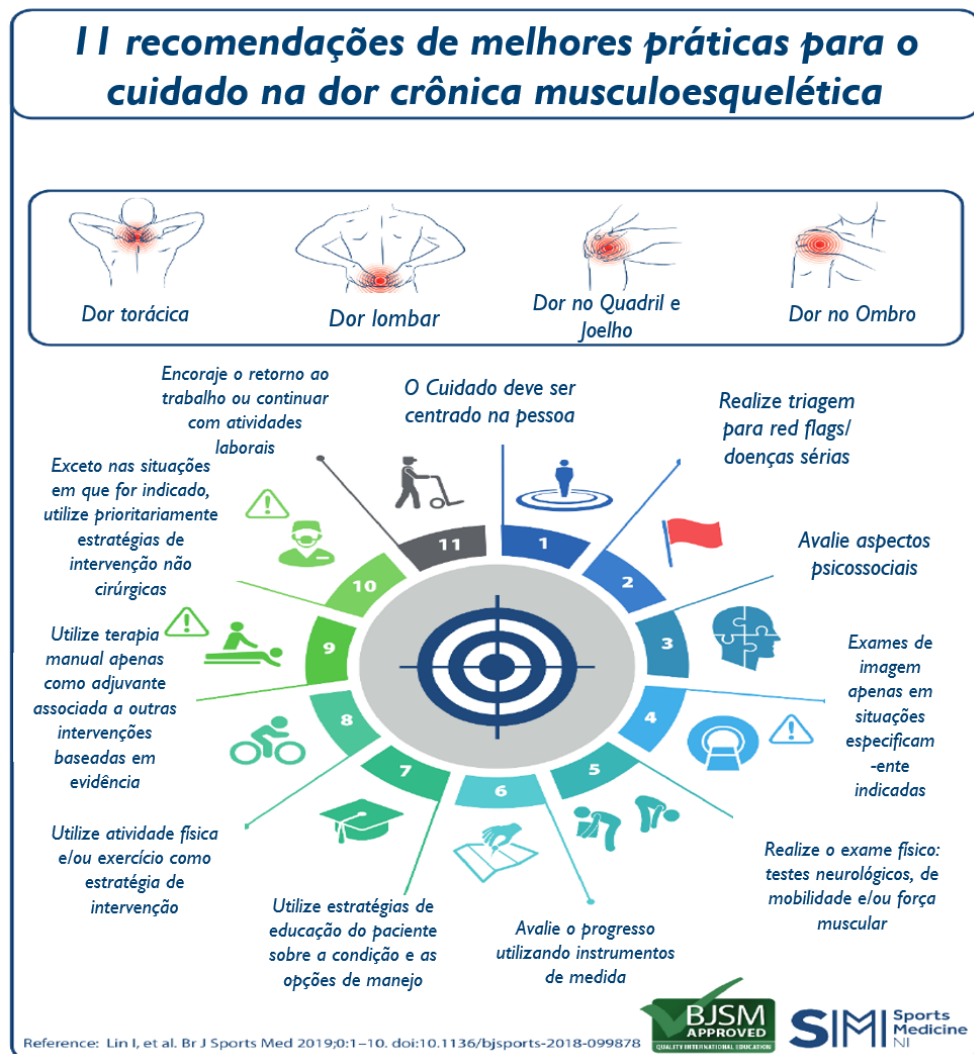
1.2. ESTÁGIO

Durante o 2º semestre de 2023, tive a oportunidade de realizar o Programa de Estágio Supervisionado em Capacitação Docente (PESCD) na disciplina de Cinesioterapia, oferecido aos alunos do primeiro ano do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A disciplina foi conduzida pela professora Thais Cristina Chaves e Marcelo Nascimento Rebelatto. O estágio foi conduzido no período de 02/10/2023 à 16/02/2024, com carga horária semanal de 12 horas. No decorrer do estágio tive a oportunidade de participar de reuniões de planejamento da disciplina, preparo de aula teórica e prática, participar das aulas teóricas e práticas, além de esclarecer dúvidas dos alunos.

1.3. ORIGINALIDADE

Dentre as 11 principais recomendações de prática clínica para manejo das dores crônicas musculoesqueléticas o exercício ou estímulo à atividade física e educação do paciente (Figura 1) (LIN *et al.*, 2020). Essas sugestões podem auxiliar pacientes a ressignificar crenças mal adaptativas e contribuir para promover comportamentos positivos de saúde, porém para a adoção de um estilo de vida com a prática rotineira de atividade física, a prontidão do paciente para a adoção de uma estratégia de autogerenciamento se faz necessária.

Figura 1. Recomendações de melhores práticas para o cuidado na dor crônica musculoesquelética.



Fonte: Adaptado e traduzido de Lin *et al.*, 2020.

Na literatura, há um notável interesse da comunidade científica e clínicos por estratégias de avaliação e intervenção que auxiliem no incentivo a mudança de comportamentos disfuncionais e deletérios. Uma vez que para inúmeras condições de saúde, as estratégias de intervenção mais eficientes focam na prevenção e/ou envolvem mudanças comportamentais e de crenças. Assim, a disponibilização de em um questionário como o “*Pain Stages of Change Questionnaire* (PSOCQ)” que possui como objetivo avaliar a prontidão para mudança dos pacientes, pode auxiliar na identificação do estágio de prontidão para a mudança em que o paciente se encontra, o que pode auxiliar profissionais na proposta de estratégias focadas em cada estágio específico como objetivo de colaborar com o paciente no gerenciamento da dor (auto manejo) (KERNS *et al.*, 1997).

Embora esse questionário já tenha se mostrado adequado em outros idiomas, ele ainda não foi traduzido, adaptado e verificado as propriedades de medida para o português brasileiro. Além disso, pesquisadores brasileiros têm se dedicado a avaliar os efeitos de abordagens de autogestão em indivíduos com dor lombar crônica, destacando a importância do desenvolvimento de uma versão brasileira do PSOCQ (PSOCQ-Br). Assim, ao identificar essa lacuna na literatura para o contexto brasileiro, a realização da presente dissertação torna-se necessária para traduzir e verificar as propriedades de medida o PSOCQ para o português brasileiro.

1.4. CONTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA PARA O AVANÇO CIENTÍFICO

O estudo que teve como objetivo adaptar transculturalmente o PSOCQ para o português-brasileiro, além de verificar as propriedades de medida para disponibilizar um instrumento avaliativo, até então inexistente neste idioma, com o objetivo de avaliar a prontidão para mudança nos pacientes com dor lombar crônica.

1.5. RELEVÂNCIA SOCIAL

Uma vez que a prevalência de dor crônica no Brasil afeta cerca de 76% da população (AGUIAR *et al.* 2021), sendo a região lombar como a principal queixa, e há uma projeção de um aumento considerável devido ao crescimento e envelhecimento populacional, especialmente em regiões como América Latina, uma ferramenta para avaliar a prontidão para

mudança dos pacientes, permite que os profissionais, em diferentes contextos, fortaleçam a cooperação mútua com seus pacientes e adotem uma prática centrada no indivíduo.

1.6. LISTA DE REFERÊNCIAS DE ARTIGO

1.6.1. Artigos submetidos relacionados à dissertação

Pereira R.B.R., Lima, T. C., Claudio, A. C. de J., Kerns, R. D., Chaves, T. C (2025). Cross-Cultural Adaptation and Measurement Properties of the Brazilian Portuguese Version of the Pain Stages of Change Questionnaire in Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* (Fator de impacto: 6.1).

1.6.2. Artigos publicados relacionados aos estudos desenvolvidos no laboratório de pesquisa sobre movimento e dor

de Lira, M. R., Meziat-Filho, N., Zuelli Martins Silva, G., Castro, J., Fernandez, J., Guirro, R. R. J., **Berg, R.**, & Chaves, T. C. (2025). Efficacy of cognitive functional therapy for pain intensity and disability in patients with non-specific chronic low back pain: a randomised sham-controlled trial. *British journal of sports medicine*, bjsports-2024-109012. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-109012> (Fator de impacto: 11.8)

Chaves, T. C., Claudio, A. C. de J., Lima, T. C. de, **Pereira, R. B. R.**, Silva, G. Z. M., & Carrer, H. C. N. (2023). How to determine the quality of a questionnaire according to the CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments? A simplified guide to the measurement properties of assessment instruments - Part I: basic concepts and reliability. *Brjp*, 6(4), 410–417. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230093-en>

Chaves, T. C., Lima, T. C. de, Spavieri, J. H. P., Claudio, A. C. de J., **Pereira, R. B. R.**, & Lira, M. R. de. (2023). How to determine the quality of a questionnaire according to the CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments? A simplified guide to the measurement properties of assessment instruments - Part II: validity, responsiveness, interpretability and a checklist for characterizing the quality of instruments. *Brjp*, 6(4), 418–

426. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230092-en>

1.6.3. Artigos em processo de submissão relacionados aos estudos desenvolvidos no laboratório de pesquisa sobre movimento e dor

Azevedo BO, Lira MR, Carrer HCN, **Pereira RBR**, Pagé MG, Younger J, Silva GZM, Chaves TC. Measurement Properties of Six Expectation Scales for Chronic Low Back Pain: Not All Expectation Is the Same. *Journal of Pain* (em submissão). Fator de impacto: 4.0.

1.6.4. Resumos Publicados em Anais de Congresso

BERG, R; CLAUDIO, A. C. J.; LIMA, T. C.; MUNHOZ, C. B.; CHAVES, T. C. Existe Diferença Entre Os Estágios De Prontidão Para Mudança Em Pessoas Com Dor Lombar Crônica? In: II CONGRESSO NORDESTINO DA ABRAFITO E I CONGRESSO NORTE-NORDESTE DA ABRAFITO, 2024, Fortaleza. II Congresso Nordestino da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO) I Congresso Norte-Nordeste da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO). São Paulo: Atlantica Editora, 2024. v. 25. p. 1-68.

BERG, R; LIMA, T. C.; CLAUDIO, A. C. J.; SPAVIERI, J. H. P.; CHAVES, T. C.. A Prontidão Para Mudança Explica A Intensidade Da Dor Pós-Intervenção Educacional Na Dor Lombar Crônica? In: Ii Congresso Nordestino Da Abrafito E I Congresso Norte-Nordeste Da Abrafito, 2024, Fortaleza. II Congresso Nordestino da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO) I Congresso Norte-Nordeste da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO). São Paulo: Atlantica Editora, 2024. v. 25. p. 1-68.

CLAUDIO, A. C. J.; **BERG, R;** LIMA, T. C.; MUNHOZ, C. B.; CHAVES, T. C.. Dor Lombar Crônica: As Diferentes Faixas Etárias São Fator De Confusão Na Avaliação Sensório-Motora? In: Ii Congresso Nordestino Da Abrafito E I Congresso Norte-Nordeste Da Abrafito, 2024, Fortaleza. II Congresso Nordestino da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO) I Congresso Norte-Nordeste da Associação Brasileira de Fisioterapia

Traumato-Ortopédica (ABRAFITO). São Paulo: Atlantica Editora, 2024. v. 25. p. 1-68.

CLAUDIO, A. C. J.; **BERG, R**; LIMA, T. C.; MUNHOZ, C. B.; CHAVES, T. C.. Dor Lombar Crônica: A Percepção Sensorio-Motora Das Costas É Diferente Nos Diferentes Fenótipos De Dor?. In: II Congresso Nordestino Da Abrafito E I Congresso Norte-Nordeste Da Abrafito, 2024, Fortaleza. II Congresso Nordestino da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO) I Congresso Norte-Nordeste da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO). São Paulo: Atlantica Editora, 2024. v. 25. p. 1-68.

1.6.5. Resumos aprovados para apresentação em congresso

Lira MR, Meziat-Filho N, Silva GZM, Castro J, Fernandez J, Guirro RRJ, **Pereira RBP**, Chaves TC. Efficacy Of The Cognitive Functional Therapy For Pain Intensity And Disability In Patients With Chronic Non- Specific Chronic Low Back Pain: A Randomized Sham-Controlled Trial. **19th International Forum for Back and Neck Pain Research in Primary Care**. Oral Parallel presentation. (2025)

Lira MR, Meziat-Filho N, Silva GZM, Castro J, Fernandez J, Guirro RRJ, Pereira RBP, Chaves TC. Efficacy of cognitive functional therapy for pain intensity and disability in patients with chronic non-specific chronic low back pain: a randomized sham-controlled trial". **51st ISSLS Annual Scientific Meeting**, Atlanta, USA. Oral presentation (2025)

Lira MR, Meziat-Filho N, Silva GZM, Castro J, Fernandez J, Guirro RRJ, **Pereira RBP**, Chaves TC. Efficacy of cognitive functional therapy for pain intensity and disability in patients with chronic non-specific chronic low back pain: a randomized sham-controlled trial". **Canadian Pain Society 2025 Annual Scientific Meeting**. Poster presentation (2025)

1.7. LINK DO CURRÍCULO LATTES DO DISCENTE E ORCID

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2607-5629>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3819506471550972>

1.8. DESCRIÇÃO DA DISSERTAÇÃO OU TESE PARA O PÚBLICO LEIGO

Este estudo foi realizado para disponibilizar uma versão em português- brasileiro e verificando se o questionário está adequado, para avaliar o quanto os pacientes estão em prontidão para tomar decisões e lidar com a sua própria dor lombar crônica (dor há mais de 3 meses). Esse questionário tem se mostrado uma medida adequada em outros países, mas não foi verificado para uso em português brasileiro.

2. INTRODUÇÃO

2.1. DOR LOMBAR E SUA PREVALÊNCIA

Em 2023, O *Global Burden of Disease Study* (GBD) avaliou os anos vividos com incapacidade para uma ampla gama de doenças (301) em 188 países. A dor lombar (DL) continua sendo a principal causa de anos vividos com incapacidade em todo o mundo desde 1990 (HARTVIGSEN et al., 2018; VOS et al., 2020). Além disso, acredita-se que em 2050 mais de 843 milhões de pessoas terão DL (36,4% a mais do que em 2020). Esse aumento considerável está associado ao crescimento e envelhecimento populacional, especialmente em regiões como América Latina e Sudeste Asiático, com um crescimento de até 80% em algumas sub-regiões (FERREIRA et al., 2023). No Brasil, a prevalência de dor crônica na população varia entre 23% e 76%, com uma média de 46%. Assim como os dados do GBD, a coluna lombar é considerada como a principal região afetada (AGUIAR et al. 2021). Adicionalmente, há um impacto socioeconômico gerado pela alta prevalência e pelo impacto substancial da DL em pessoas em idade produtiva, em que cada pessoa no Brasil perde, em média, 100 dias de trabalho por ano, que representam a maior parte dos custos associados à DL no país (79% de US\$ 2,2 bilhões) (FERREIRA et al., 2023).

A DL inespecífica acomete a maior parte dos casos, e esse rótulo diagnóstico é utilizado quando uma causa patoanatômica, que explique os sintomas, não é identificada através de exames de imagem (CHIAROTTO; KOES, 2018; O'SULLIVAN et al., 2018). Cerca de 70% a 85% dos indivíduos sentem algum sintoma de DL durante a vida e 20% destes casos tornam-se crônicos (LÓPEZ-DE-URALDE-VILLANUEVA, Ibai et al. 2016; HAJIHASANI et al. 2019). A dor lombar crônica (DLC) é definida como uma dor com duração superior a três meses, localizada na região abaixo da margem costal das últimas costelas e acima das linhas glúteas (VAN MIDDELKOOP et al., 2010). Nesse sentido, a DLC inespecífica é aquela em que a duração dos sintomas é superior a três meses quando não é possível identificar uma causa patoanatômica dos sintomas. Alguns fatores cognitivo-comportamentais, como crenças e atitudes relacionadas à dor, podem influenciar na cronificação da condição. Isso inclui medo do movimento, ansiedade, catastrofização, além de aspectos comportamentais como tabagismo, consumo de álcool e nível de atividade física. (VLAEYEN; LINTON, 2000; LEEUW et al., 2007; MILLS et al., 2019).

2.2. O AUTOGERENCIAMENTO DA DOR E TRATAMENTOS

2.2.1. O Autogerenciamento da dor

O autogerenciamento tem sido descrito como um modelo de cuidado em que pacientes usam estratégias para gerenciar e monitorar sua própria saúde, mantendo um papel ativo no gerenciamento, e aprendem habilidades para serem usadas no controle diário de sua condição de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Na DLC, diretrizes de prática clínica enfatizam o uso de estratégias de autogerenciamento sob a perspectiva de que essas abordagens são benéficas para esses pacientes (BEKKERING *et al.*, 2003; CHOU *et al.*, 2007), uma vez que o prognóstico da DLC não é favorável, com mais de 50% dos casos relatando dor após 12 meses do início e, muito provavelmente, o autogerenciamento seria uma alternativa, dado seu papel potencial na redução da dependência dos pacientes do sistema de saúde (COSTA *et al.*, 2009).

Para que o autogerenciamento da dor aconteça de maneira mais efetiva, a interação com os provedores de saúde é fundamental (DORFLINGER; KERNS; AUERBACH, 2012). Diretrizes de prática relacionadas ao gerenciamento da dor incentivam os clínicos a assumirem papéis ativos no fornecimento de educação sobre autogerenciamento e na promoção da adoção de uma abordagem de autogerenciamento (BECKER *et al.*, 2008). O emprego de técnicas de comunicação centradas no paciente, informações sobre as estratégias de autogerenciamento e utilizar abordagens motivacionais, podem alcançar a confiança e o engajamento dos pacientes, além de facilitar o entendimento dos fatores biopsicossociais que influenciam a dor e encorajar uma abordagem colaborativa na tomada de decisões, contribuindo para um aumento significativo na efetividade das intervenções comportamentais (DORFLINGER; KERNS; AUERBACH, 2012).

2.2.2. Tratamentos

O foco em intervenções comportamentais representa uma mudança significativa em relação às abordagens passivas (medicações ou procedimentos cirúrgicos) (HO *et al.*, 2022) que predominavam anteriormente no manejo da dor, em que frequentemente colocam os pacientes em dependência, sem equipá-los com as habilidades necessárias para gerenciar sua condição de forma proativa. Abordagens como *Cognitive Functional Therapy* (CFT), *Pain Reprocessing Therapy* (PRT) e *Graded Sensorimotor Training* (GST) compartilham vários princípios em comum no tratamento da dor crônica, especialmente o foco comportamental forte, auxiliando

os pacientes a mudarem não apenas a percepção da dor, mas também suas ações e reações diante dela, promovendo o autogerenciamento, engajamento e recuperação funcional. (O'SULLIVAN *et al.*, 2018; ASHAR *et al.*, 2022; BAGG *et al.*, 2022). Todavia, o engajamento no autogerenciamento ativo da dor é desafiador devido a múltiplas barreiras e limitações, incluindo crenças que são inconsistentes com tais abordagens, ceticismo, falta de disponibilidade, tempo e barreiras internas ou pessoais, entre outros.

Nesse contexto, educação e aconselhamento, que incentivam a atividade física e o exercício, fatores psicossociais e a adoção de uma abordagem multidisciplinar são considerados recomendações de primeira linha no manejo da DLC (LIN *et al.*, 2020, HAYDEN *et al.*, 2021). Dentre as recomendações citadas, destaca-se o exercício físico enquanto modalidade terapêutica, amplamente aceita e que possui benefícios significativos tanto para o alívio da dor quanto para a melhoria de aspectos psicológicos para indivíduos com dor crônica (BOOTH *et al.*, 2017). Meta-análises sugerem que o exercício é mais efetivo na redução da dor em comparação com tratamentos passivos, como ultrassom, terapia quente e fria, e massagem sem treinamento de exercícios em indivíduos com DLC (OWEN *et al.*, 2020). Apesar disso, até 70% das pessoas com DLC não aderem aos exercícios domiciliares prescritos (BEINART *et al.*, 2013) e, também, são significativamente menos propensas a serem fisicamente ativas em comparação com aquelas sem DLC (ZADRO *et al.*, 2017). Além disso, a inatividade física pode aumentar significativamente a probabilidade de um indivíduo com dor intensificar seu quadro álgico (NÚÑEZ-CORTÉS *et al.*, 2025).

2.3. ADESÃO AO EXERCÍCIO E A PRONTIDÃO MUDANÇA

A adesão aos exercícios é uma das mudanças de comportamento desejáveis no manejo da dor crônica e pode contribuir para uma maior efetividade a longo prazo do tratamento com exercícios (GILANY *et al.*, 2024). Além disso, a adoção de atividade física rotineira pode auxiliar no autogerenciamento da dor crônica, uma vez que o exercício físico promove benefícios específicos na redução da gravidade da dor crônica, bem como benefícios gerais associados à melhora da saúde física e mental, além do funcionamento físico desses indivíduos, considerando que condições relacionadas à saúde mental, como depressão, e ao estilo de vida, como o descondicionamento físico e a obesidade, são comumente observadas nesse grupo (GENEEN *et al.*, 2017). Acredita-se amplamente que o exercício exerce seus efeitos sobre a dor e a incapacidade por meio de melhorias na função física ou no desempenho, por exemplo a melhora de amplitude de movimento, força, resistência muscular (STEIGER *et al.*, 2012).

Porém, os efeitos sugerem que há mudanças induzidas por exercícios em condições secundárias, como a melhora do estado psicológico e cognições (redução do medo, ansiedade e catastrofização, aumento da autoeficácia da dor), hipoalgesia induzida por exercícios e adaptações funcionais e estruturais no cérebro que podem influenciar a melhora da intensidade da dor e a incapacidade (BOOTH *et al.*, 2017).

A adesão a programas de exercício realizados de forma autônoma é um processo que perpassa pela mudança comportamental. A adesão pode ser definida como um processo que vincula comportamento (como eu ajo sobre algo) e atitude (como eu me sinto sobre algo) (ANDRÉ *et al.*, 2024). Em outras palavras, a adesão pode ser definida como o processo pelo qual as pessoas se comportam como pensam ou pensam como se comportam. Mais especificamente, a adesão ao exercício é o processo pelo qual os comportamentos das pessoas se adequam às suas atitudes e vice-versa (ANDRÉ *et al.*, 2024). Assim, teorias de mudança comportamental deveriam ser capazes de prever mudanças, transformações e modificações de comportamentos. Compreender o estágio de prontidão para a mudança, uma variável individual, pode ser útil para personalizar intervenções, promovendo maior adesão ao autogerenciamento da dor. Indivíduos cujas crenças são inconsistentes com essa abordagem tendem a ter menor engajamento, o que reforça a importância de identificar barreiras que dificultam a adoção de novos comportamentos. (KERNS *et al.*, 1997; CARR *et al.*, 2006). Dessa forma, o comportamento de se exercitar é um fator chave no processo de reabilitação da dor crônica e entender a prontidão para essa mudança pré, durante e ao pós-tratamento pode descortinar uma série de possibilidades de intervenção que favoreçam a incorporação do comportamento (ANDRÉ *et al.*, 2024).

As abordagens de tratamento de autogerenciamento desafiam os pacientes a fazer mudanças substanciais tanto nas crenças/attitudes sobre a dor, nas estratégias de enfrentamento em relação à dor e nos comportamentos associados à dor. O envolvimento do paciente no processo terapêutico terá implicações tanto para a maneira como a pessoa adere ao programa, o resultado (*outcome*) e, bem como, poderá determinar a abordagem clínica mais efetiva (BURNS *et al.*, 2005). Nesse contexto a mensuração e acompanhamento da prontidão do indivíduo para a adoção de uma estratégia de autogerenciamento se faz necessária (DINEEN-GRIFFIN *et al.*, 2019). Além disso, os indivíduos que reconhecem que o controle da dor é uma responsabilidade compartilhada, são mais aptos a desenvolver estratégias de autogerenciamento do que os indivíduos que permanecem centrados apenas nos cuidados médicos, e isso parece contribuir para redução das taxas de abandono de tratamentos (BURNS *et al.*, 2015; FLETCHER *et al.*, 2021).

2.4. PAIN STAGES OF CHANGE QUESTIONNAIRE (PSOCQ) – O CONTEXTO DA EVIDÊNCIA

Kerns et al. (1997) propuseram um modelo que descreve a prontidão do indivíduo para a adoção de uma estratégia de autogerenciamento para dor crônica e desenvolveu um instrumento para apoiar esse processo que é intitulado *Pain Stages of Change Questionnaire* (PSOCQ). O PSOCQ é um questionário reflexivo que foi originalmente desenvolvido na língua inglesa para indivíduos com dor crônica. O questionário mensura até que ponto um indivíduo aceita a responsabilidade pessoal pelo controle da dor e está considerando fazer mudanças comportamentais para lidar com a dor. Com base no Modelo de Prontidão para Mudança da Dor (JENSEN *et al.*, 2003), derivado do Modelo Transteórico de Mudança Comportamental de Prochaska e DiClemente (1986) (**Figura 2**), é sugerido que os indivíduos passam por diferentes estágios motivacionais à medida que progridem na mudança de comportamento.

Figura 2. Modelo de Mudança Transteórico



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A pré-contemplação é o primeiro estágio no qual o indivíduo possui pouco interesse em mudar determinado comportamento, o segundo estágio chamado de contemplação é aquele em que o indivíduo relata pensar sobre a possibilidade de mudança comportamental, e no terceiro e quarto estágios (ação e manutenção) o indivíduo está envolvido em alcançar e manter a mudança (KERNS *et al.*, 1997). Dessa forma, no contexto de intervenções centradas na mudança comportamental e estilo de vida, o PSOCQ pode ser utilizado para identificar em que estágio de mudança o paciente com dor se encontra. Isso pode auxiliar na proposta de intervenções customizadas para atender as diferentes demandas de cada estágio de mudança.

Tabela 1. Características das quatro subescalas do *Pain Stages of Change Questionnaire* (PSOCQ) e exemplos de itens para cada uma das quatro subescalas

Subescalas	Características	
Pré-contemplação	Não pretender mudar um comportamento específico	Percebem muito pouco controle sobre um problema de dor estritamente física que requer atenção médica. Acreditam que a dor é um sinal de dano que necessita de atividade diminuída
	<i>Item 29. "Toda essa conversa sobre como lidar melhor com a minha dor é uma perda de tempo."</i>	
Contemplação	Considerando a mudança comportamental	Acreditam que seu problema de dor depende deles para resolver. Percebem um nível moderado de controle sobre sua dor e estão cientes de que as emoções afetam sua dor. Acreditam moderadamente que a dor é um sinal de dano e que a atividade deve ser evitada.
	<i>Item 1. "Estive pensando que a maneira como eu lido com a minha dor poderia melhorar."</i>	
Ação	Trabalhando ativamente para mudar o comportamento	Estão realizando ativamente mudanças no manejo da dor, ajustando comportamentos, explorando estratégias para melhorar sua qualidade de vida e se engajando em práticas que promovam maior funcionalidade, apesar da dor.
	<i>Item 27. "Estou testando algumas formas de controlar melhor minha dor."</i>	
Manutenção	Trabalhando para manter as mudanças	Percebem a si mesmos como tendo controle sobre sua dor. São muito ativos e não acreditam que a dor seja um sinal de dano que exija diminuição da atividade. Não veem sua condição de dor como um problema físico que precisa de atenção médica. Esses entrevistados relatam um alto nível de investimento e envolvimento na autogestão de sua dor.
	<i>Item 18. "Tive muito progresso em lidar com a minha dor."</i>	

Fonte: Adaptado e traduzido de Fors *et al.*, 2010.

No estudo de desenvolvimento, a análise fatorial confirmatória forneceu suporte para uma solução de 4 subescalas (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção), com bons índices de ajuste. As subescalas de "Contemplação" e "Preparação" foram consolidadas em uma única subescala de "Contemplação" devido à forte correlação entre essas duas subescalas e à dificuldade de separá-las de forma estatisticamente distinta. Sendo assim, a unificação dos itens relevantes em uma única subescala englobou aspectos tanto do pensamento sobre mudanças no comportamento (característica da contemplação) quanto do início de

considerar ativamente as tentativas de mudança para implementá-las (característica da preparação) (KERNS *et al.*, 1997).

Estudos prévios demonstraram a validade preditiva das pontuações do PSOCQ pré-tratamento (BILLER *et al.*, 2000; KERNS *et al.*, 2000; HEAPY *et al.*, 2005; GERSH; ARNOLD; GIBSON, 2011; MUN *et al.*, 2019). Especificamente, foi demonstrado que aqueles com pontuações altas na subescala “Pré-contemplação” e pontuações baixas em “Contemplação” pré-intervenção eram menos propensos a participar ou concluir programas de autogerenciamento da dor crônica, aderir às recomendações dos terapeutas em relação ao seu gerenciamento da dor e atingir as metas do tratamento (KERNS; ROSENBERG, 2000).

A adaptações transculturais e/ou a investigação das propriedades de medidas do PSOCQ em idiomas diferentes do inglês já foram realizadas. O primeiro estudo subsequente ao desenvolvimento do PSOCQ foi a verificação das propriedades de medida de uma versão holandesa em uma amostra de 321 pacientes com fibromialgia (DIJKSTRA *et al.*, 2001). Embora tenha raízes no PSOCQ de Kerns *et al.* (1997), o questionário sofreu alterações significativas no processo de adaptação. A escala de “Manutenção” foi excluída do questionário porque os avaliadores classificaram incorretamente a maioria dos itens de “Manutenção”. Uma análise fatorial dos itens restantes forneceu suporte para as subescalas de “Pré-contemplação”, “Contemplação” e “Ação”. Porém, os autores não relataram índices específicos de ajuste para a solução fatorial (DIJKSTRA *et al.*, 2001).

O segundo estudo publicado que tentou modificar o modelo de prontidão para mudança da dor para uso em uma população adulta com dor crônica usando um idioma diferente do inglês foi o estudo descrevendo a validação preliminar alemã (MAURISCHAT *et al.*, 2002). Nessa versão, houve modificações em relação à versão original de Kerns *et al.* (1997). Foi tentada a inclusão de uma subescala intitulada "Terminação", mas os itens não se ajustaram bem aos fatores, atribuído à natureza contínua do manejo da dor crônica, que não se alinha com o conceito de "terminação" definitivo. A versão final em alemão consistiu em 26 itens. Apesar dos esforços de refinamento descritos anteriormente, a análise fatorial identificou apenas 4 subescalas (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção), além de evidenciar uma boa consistência interna. Posteriormente, vieram estudos que confirmaram a estrutura interna do PSOCQ com 4 subescalas, como as pesquisas realizadas nos contextos do Reino Unido, italiano, norueguês e japonês, e descreveram propriedades de medida adequadas o que viabiliza comparações da temática entre diferentes países e culturas (CARR *et al.*, 2006; MONTICONE *et al.*, 2014; RØE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019).

Embora existam outros instrumentos que avaliam a prontidão para mudança no contexto

da dor, como o Multidimensional *Pain Readiness to Change Questionnaire – Version 2* (MPRCQ2) (NELSON *et al.*, 2009), o PSOCQ é evidenciado por sua base teórica sólida no Modelo Transteórico de Mudança, por sua estrutura clara e consolidada em quatro estágios, e por já ter sido amplamente utilizado e validado em contextos clínicos e de pesquisa.

2.5. O USO DE PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES (PROMS) PARA AVALIAÇÃO DA DOR

Os questionários são ferramentas sugeridas para serem utilizados na prática clínica e em pesquisas para avaliar a multidimensionalidade da dor. Esses instrumentos permitem medir as percepções do paciente sobre aspectos específicos da sua própria saúde que não podem ser observados diretamente, como a dor, ou que não são práticos ou viáveis de se observar diretamente, como o desempenho nas atividades diárias (ØVRETVEIT *et al.*, 2017). Além disso, existe uma notável discrepância entre a avaliação dos indivíduos sobre sua própria condição e o julgamento de seus clínicos, por isso a importância de instrumentos que avaliem a percepção dos pacientes de forma adequada (JACOBS, 2009).

O primeiro passo para disponibilizar um instrumento de outra língua é realizar sua adaptação transcultural, um processo metodológico que busca alcançar equivalência entre a versão original e traduzida em termos de linguagem, semântica, idiomática e cultura. As etapas desse processo incluem a tradução do questionário para a língua do país onde pretende-se aplicá-lo, sintetizar a tradução, fazer uma retro-tradução para a língua original do questionário, ser revisada por um comitê de especialistas e testar a versão pré-final na população alvo (BEATON *et al.*, 2000). Após a tradução e adaptação do instrumento é recomendado que suas propriedades de medida sejam testadas novamente para assegurar que a versão traduzida conseguiu reter as mesmas propriedades de versão original, sendo importante para demonstrar se o instrumento de fato mensura o que se propõe a medir. Se essas propriedades não forem atendidas, corre-se o risco de usar uma ferramenta de avaliação que não forneça dados precisos e adequados, o que pode levar a conclusões errôneas e a tomada de decisões equivocadas em relação ao tratamento ou manejo de condições clínicas (MOKKINK *et al.*, 2018).

O *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN) é um consenso adotado internacionalmente para definir parâmetros para a condução de estudos de testagem de propriedades de medida de instrumentos PROM na área da saúde. Um instrumento de medição deve atender propriedades de medida tais como, como confiabilidade, consistência interna, validade de construto e validade estrutural (PRINSEN *et*

al., 2018; MOKKINK *et al.*, 2018; TERWEE *et al.*, 2018).

A validade estrutural mensura o quanto os escores de um instrumento representam a dimensionalidade do construto a ser mensurado, ou seja, se o questionário tem várias (multidimensional) ou apenas uma subescala (unidimensional) e utilizada para confirmar se o modelo da escala adaptada se manteve com a escala original (MOKKINK *et al.*, 2018; ELSMAN *et al.*, 2022). O teste de hipóteses para validade de construto é definido como o grau em que os scores de um instrumento são consistentes com hipóteses pré-estabelecidas, de acordo com relações internas, relações com outros instrumentos ou diferenças entre grupos relevantes (MOKKINK *et al.*, 2018; ELSMAN *et al.*, 2022). A confiabilidade avalia se os escores obtidos pelos mesmos indivíduos com os questionários permanecem estáveis em diferentes situações de avaliação, ou seja, busca entender a proporção da variância total nas medições que é devido a diferenças "verdadeiras" entre pacientes (MOKKINK *et al.*, 2023). Por fim, A consistência interna verifica o grau de inter-relação entre os itens do instrumento e é importante para homogeneizar os resultados de um questionário (MOKKINK *et al.*, 2018).

Dadas as evidências que apoiam a tentativa de avaliar os efeitos de abordagens de autogestão entre brasileiros com DLC (CASTRO *et al.*, 2022; DE LIRA *et al.*, 2022; YAMADA *et al.*, 2023; ÁVILA *et al.*, 2024) desenvolver uma versão brasileira do PSOCQ (PSOCQ-Br) seria apropriado, para ajudar clínicos e pesquisadores a entender melhor o papel da prontidão para o autogerenciamento na dor e respostas a tratamentos multimodais nesses pacientes. Portanto, o objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente a versão original do PSOCQ para o português brasileiro e testar suas propriedades de medida (validade estrutural, consistência interna, confiabilidade e medida de erro, teste de hipóteses para validade de construto) em pacientes com DLC inespecífica.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo envolveu a tradução e adaptação transcultural do *Pain Stages of Change Questionnaire* para o português brasileiro e a verificação das propriedades de medida em participantes com DLC inespecífica. O COSMIN *Reporting guideline for studies on measurement properties of patient reported outcome measures* (GAGNIER *et al.*, 2021) foi utilizado para reportar o estudo.

3.2. PARTICIPANTES

Uma amostra de 150 participantes com DLC inespecífica foi recrutada neste estudo. Os critérios de inclusão para foram: (1) DLC inespecífica com duração mínima de 3 meses localizada entre T12 e a prega glútea (DEYO *et al.*, 2015); (2) idade variando entre 18 a 60 anos (ZAJACOVA; GROL-PROKOPCZYK; ZIMMER, 2018); (3) intensidade da dor na Escala Numérica de Dor (END) no momento da avaliação ≥ 3 (CHIAROTTO *et al.*, 2019); (4) pontuação maior que 14% no Índice de Incapacidade de *Oswestry* (ODI) (CHIAROTTO *et al.*, 2016); (5) pontuação ≥ 3 no teste Mini-Cog (COSTA *et al.*, 2012) e (6) apresentar compreensão de texto adequada usando o Teste Cloze (com pontuação maior que 57%) (SANTOS *et al.*, 2002). Os participantes foram excluídos se atendessem a qualquer um dos seguintes critérios: ser classificado como *red flags* (doenças neoplásicas ou tumores na coluna, doenças inflamatórias, infecções e fraturas), distúrbios específicos de DL, como radiculopatia ou estenose lombar, doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, metabólicas ou sistêmicas não controladas, doenças neurológicas ou psiquiátricas, gravidez e cirurgia pós-operatória da coluna (VIBE FERSUM *et al.*, 2013).

3.3. QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS

O PSOCQ foi originalmente desenvolvido em inglês por Kerns *et al.* (1997) para avaliar a prontidão para adotar uma abordagem de autogerenciamento para dor crônica. O questionário consiste em 30 itens agrupados em 4 subescalas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. O PSOCQ pontua as 4 subescalas separadamente. A pontuação obtida é por meio de uma escala *Likert* de 5 pontos, que varia de "discordo totalmente" a "concordo totalmente", sendo calculada pela média das respostas, variando entre 1 e 5. Pontuações mais altas indicam maior concordância com os itens que refletem cada estágio de prontidão. A versão original do PSOCQ demonstrou a validade estrutural realizada por meio de análise fatorial exploratória e confirmatória, revelando suporte para uma solução de quatro subescalas, consistente com o modelo transteórico de mudança comportamental. Além disso, foi documentada consistência interna substancial, com coeficientes α de Cronbach variando de 0,77 a 0,86 para as diferentes subescalas e confiabilidade teste-reteste com Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) variando de 0,74 a 0,88. Além disso, os autores confirmaram as hipóteses de validade de construto para o PSOCQ.

O teste Cloze (ANEXO I) foi desenvolvido para avaliar o nível de compreensão na

leitura de textos escritos, por meio da omissão de algumas palavras. O participante é solicitado, após a leitura do texto completo, a preencher as lacunas com palavras para dar continuidade ao texto, seguindo algumas pistas contextuais. O modelo de Teoria de Resposta ao Item de dois parâmetros apresentou bom ajuste. Além disso, a escala, composta pela soma das lacunas preenchidas corretamente, demonstrou alta consistência interna, com coeficiente KR-20 de 0,84 (SANTOS *et al.*, 2002).

O Mini-Cog (ANEXO II) é utilizado para avaliação do status cognitivo, sendo composto por três itens: (1) memorização de palavras, onde cada palavra lembrada vale 1 ponto, com pontuação total entre 0 e 3; (2) desenho de um relógio indicando corretamente um horário específico, atribuindo 2 pontos para um desenho normal e 0 ponto para anormalidades; e (3) recordação das palavras memorizadas no início do teste. A pontuação máxima é de 5 pontos, e um ponto de corte de 3 mostrou boa concordância com pontuações abaixo de 26 no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (COSTA *et al.*, 2012).

O *Survey of Pain Attitudes* (SOPA) (ANEXO III) avalia crenças e atitudes sobre dor. Algumas subescalas foram utilizadas nesse estudo. A subescala Cura médica foca na extensão em que os pacientes acreditam em uma cura médica para seu problema de dor, a subescala Controle aborda a extensão em que os pacientes acreditam que podem exercer controle pessoal sobre sua dor, a subescala Medicação reflete uma compreensão de que a medicação é considerada o melhor tratamento para dor crônica e a subescala Dano Físico que entende a dor como indicativo de dano tecidual (JENSEN *et al.*, 1987). A versão no português brasileiro do SOPA (PIMENTA *et al.*, 2006) avaliou as propriedades de medida de consistência interna para cada subescala. Controle e Dano físico demonstraram consistência interna aceitável ($\alpha = 0,77$ e $0,76$, respectivamente), enquanto Cura médica ($\alpha=0,55$) e Medicação ($\alpha=0,57$) tiveram consistência interna moderada.

A END (ANEXO IV) é um instrumento simples e fácil de usar que avalia a intensidade da dor, com 0 indicando nenhuma dor e 10 a pior dor possível. O participante foi questionado sobre a intensidade da dor no momento da avaliação para inclusão, mas também controlado para os últimos 7 dias. A END apresentou uma confiabilidade (teste-reteste) com CCI de 0,94 (IC 95% 0,90 – 0,96) (COSTA *et al.* 2008).

A incapacidade relacionada à DL foi avaliada utilizando-se o ODI (escala de 0 a 100 – ANEXO V). Adaptado para o português por Vigatto *et al.* (2007), o ODI consiste em 10 itens com 6 opções de resposta. A pontuação total, com valor máximo de 50 pontos, é convertida em uma porcentagem multiplicando-a por dois. O instrumento apresentou boa confiabilidade (CCI = 0,99) e consistência interna (α de Cronbach = 0,87) e demonstrou correlações moderadas com

medidas de dor ($r=0,66$ com END), o *Roland-Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) ($r=0,81$). Para validade estrutural da versão brasileira, uma estrutura unidimensional e valores aceitáveis para todos os índices de ajuste foram verificados através da análise fatorial confirmatória. (PONTES-SILVA A *et al.*, 2007).

A *Tampa Scale for Kinesiophobia* (TSK) (ANEXO VI) é um questionário autoaplicável desenvolvido para avaliar crenças sobre medo, dor e atividades em qualquer condição de dor (MILLER *et al.* 1991). Foi adaptado e validado para o português brasileiro e é composto por 17 itens com respostas que variam de 1 a 4 pontos (SIQUEIRA *et al.* 2007). O participante respondeu a sentenças relacionadas a crenças sobre medo, dor e atividades, com a escala multidimensional dividida em duas dimensões: Evitação de atividades (8 a 32 pontos) e Foco somático (9 a 36 pontos). A pontuação é obtida pela soma dos pontos atribuídos a cada questão nas duas dimensões, e quanto maior a pontuação, maior a crença de que atividades podem piorar a dor. Além disso, este questionário apresentou boa confiabilidade (CCI = 0,93) (SIQUEIRA *et al.* 2007).

O *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ) (ANEXO VII) criado por Nicholas *et al.* (1989), que foi adaptado e traduzido para o português brasileiro por Jamir Sardá *et al.* (2007), avalia a autoeficácia para o controle da dor por meio de 10 questões. É utilizado pré e pós-tratamento para monitorar mudanças na autoeficácia. O objetivo é mensurar o nível de confiança do paciente em realizar atividades apesar da dor. A escala é unidimensional e a pontuação é obtida pela soma dos pontos de cada questão (0 a 60 pontos), com pontuações mais altas indicando melhor autoeficácia. O instrumento demonstrou boa consistência interna (α de Cronbach = 0,90) e confiabilidade ($r = 0,76$). A validade de construto foi apoiada por correlações com a incapacidade medida pelo RMDQ ($r = 0,31$), e a validade estrutural confirmou um único domínio para a escala (TURCI *et al.*, 2024).

A *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) (ANEXO VIII), originalmente desenvolvida por Sullivan *et al.* (1995) e adaptada para o português brasileiro por Sehn *et al.* (2012), avalia a catastrofização da dor por meio de 13 questões. É utilizada pré e pós-tratamento para monitorar mudanças nas crenças sobre a catastrofização ou apenas pré-tratamento para traçar o prognóstico. O objetivo é mensurar a catastrofização da dor. O questionário é multidimensional, dividido em 3 subescalas: Desesperança (0 a 24 pontos), Amplificação (0 a 12 pontos) e Ruminação (0 a 16 pontos). A pontuação é obtida pela soma dos pontos atribuídos a cada questão, e quanto maior a pontuação, pior a catastrofização. A consistência interna da escala apresenta um valor de α de Cronbach entre 0,86 e 0,93 (Sehn *et al.* (2012)

O *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (ANEXO IX), originalmente desenvolvido

por Spitzer *et al.* (1999) e adaptado para o português do Brasil por Santos *et al.* (2013), é composto por nove itens que abrangem os critérios diagnósticos para depressão descritos na 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), incorporando também sintomas depressivos adicionais. É composto por nove itens classificados em uma escala de quatro pontos (0 a 3), gerando uma pontuação total de 0 a 27. As propriedades de medida da versão português-brasileira testada incluem sensibilidade e especificidade para detectar episódios de provável depressão na população geral do Brasil, com ponto de corte de 10 pontos, os resultados mostram uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 98% (SANTOS *et al.*, 2013).

O *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (ANEXO X) é um instrumento de autorrelato de sete itens desenvolvido por Spitzer *et al.* (2006) para rastrear sintomas de transtorno de ansiedade generalizada. Posteriormente, foi traduzido e validado para o português brasileiro por Moreno *et al.* (2016). O escore é calculado pela soma da pontuação de cada item, podendo atingir um resultado máximo de 21 pontos. Quanto maior a pontuação na escala, maior a gravidade dos sintomas de ansiedade presentes. A versão brasileira do GAD-7 apresenta validade estrutural adequada, confirmando uma estrutura unidimensional. A escala demonstra alta consistência interna, com α de Cronbach de 0,91, indicando excelente adequação. Além disso, a confiabilidade foi verificada pela medida $\rho=0,99$ (MORENO *et al.* 2016).

3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE:73351123.5.0000.5504) (ANEXO XI) e todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado após receberem informações sobre a pesquisa a ser conduzida. Inicialmente, os autores originais do PSOCQ foram contatados para permissão quanto à tradução e adaptação transcultural e a verificação das propriedades de medida para a versão em português brasileiro (ANEXO XII). Todos os procedimentos seguiram as diretrizes do COSMIN (ELSMAN *et al.*, 2022; MOKKINK *et al.*, 2024).

O recrutamento dos participantes iniciou-se em março de 2024 e foi concluído em novembro de 2024 e os participantes foram convidados a comparecer pessoalmente ao Laboratório de Pesquisa em Movimento e Dor (LabMovDor), local da coleta de dados. O recrutamento foi realizado em ambiente comunitário, utilizando diversos meios de comunicação, como redes sociais, programas de rádio e televisão, além de sites de notícias

locais. Os potenciais participantes eram identificados com base no interesse espontâneo gerado pelos anúncios e entravam em contato com a equipe de pesquisa por meio de canais disponibilizados nas divulgações. Os participantes preencheram os seguintes questionários: Mini-Cog, Teste Cloze, PSOCQ, END, ODI, TSK, PSEQ, PCS, GAD-7 e PHQ-9. Todos os questionários foram autoadministrados. Para investigar a confiabilidade teste-reteste, o PSOCQ foi administrado duas vezes com um intervalo de uma semana. Além disso, foram considerados apenas os participantes com estabilidade clínica e, como parâmetro para avaliar a estabilidade, variações de até 2 pontos na END foram consideradas (OSTELO *et al.*, 2008), resultando em duas amostras para análise de confiabilidade, tanto participantes estáveis nos últimos 7 dias, quanto participantes estáveis considerando a intensidade da dor avaliada no momento da sessão. A **Figura 3** descreve um diagrama de fluxo ilustrando todo o procedimento.

Figura 3. Fluxograma mostrando a distribuição da amostra através das fases do estudo de validação do PSOCQ-Br (continua).

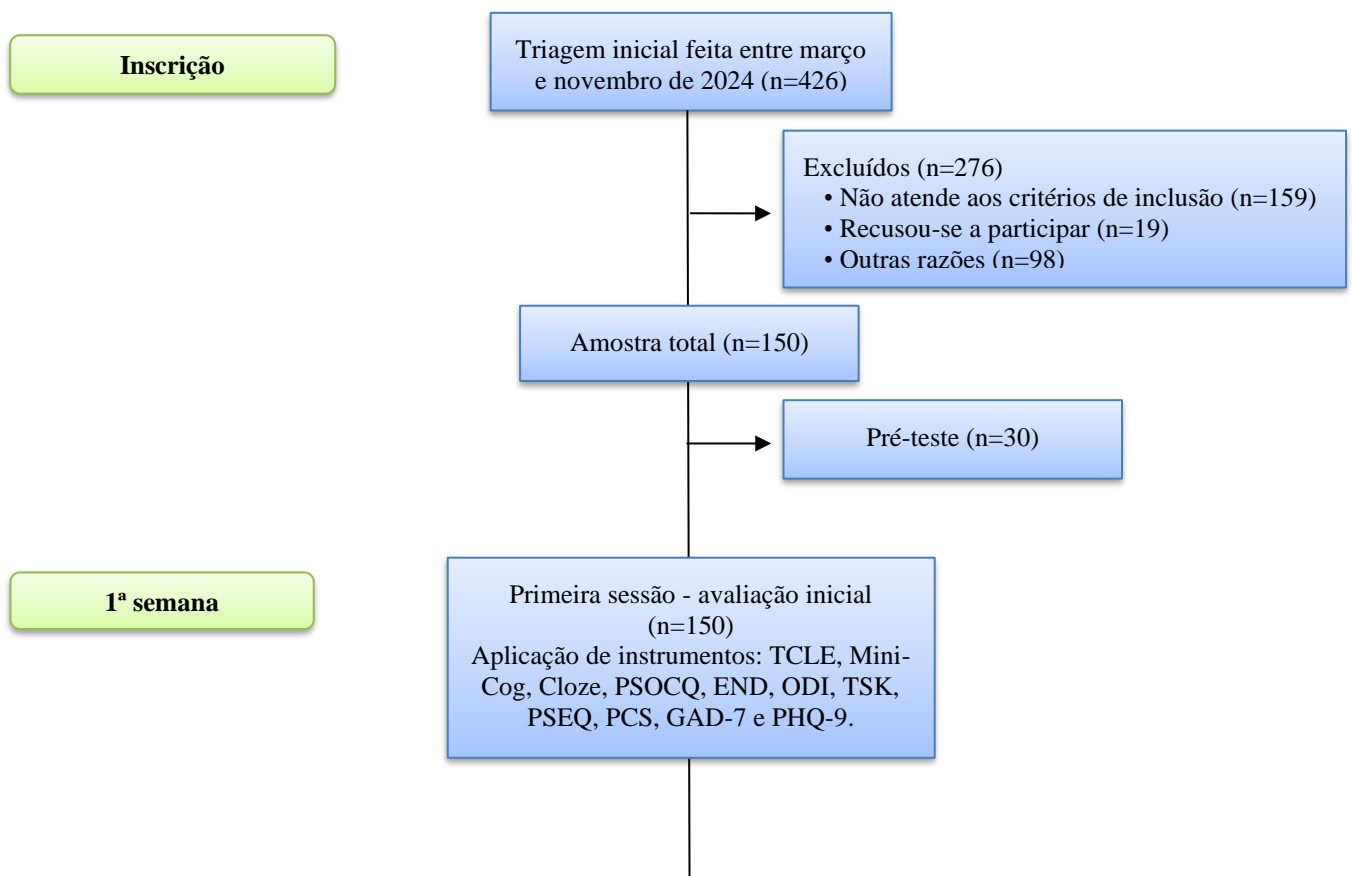
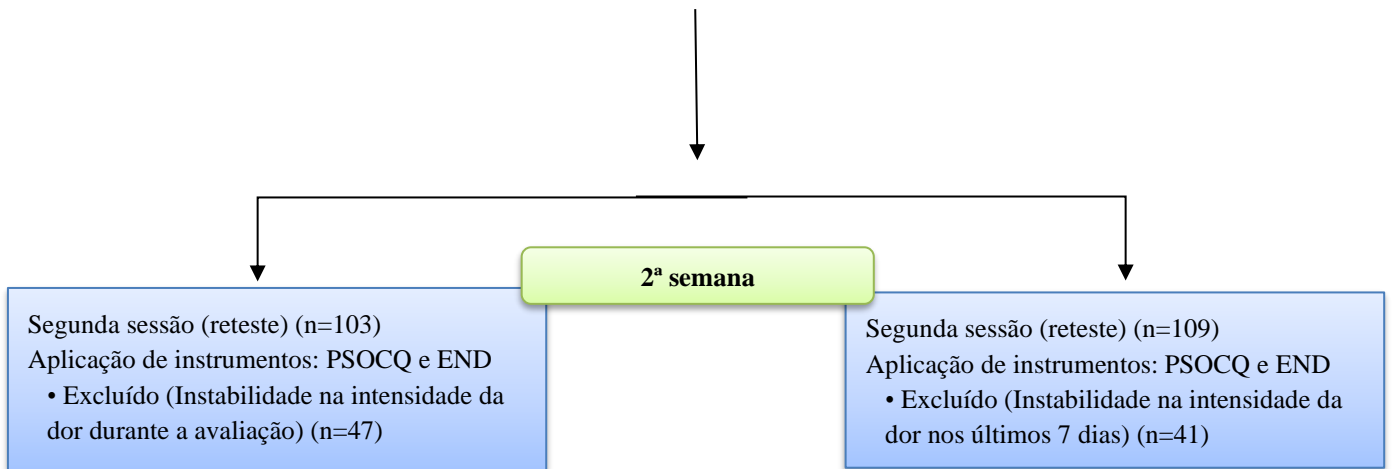


Figura 3. Fluxograma mostrando a distribuição da amostra através das fases do estudo de validação do PSOCQ-Br (conclusão).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

3.5. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO PSOCQ PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO E ENTREVISTA COGNITIVA

A tradução literal de instrumentos desenvolvidos em outras culturas e/ou idiomas pode levar à incompreensão, já que há variações culturais, como expressões idiomáticas, gírias e jargões, que perdem seu significado original quando traduzidas para um contexto diferente (BEATON et al., 2000). Os pesquisadores recomendam que o processo seja uma combinação de uma tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, juntamente com um cuidadoso processo de ajuste que leve em conta o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo do português-brasileiro (HERDMAN et al., 1998; BEHLING et al., 2000; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Na primeira parte do estudo, o PSOCQ foi adaptado transculturalmente para o português brasileiro. Este processo foi realizado seguindo as recomendações internacionais de Beaton et al. (2000) (**Figura 4**).

Figura 4. Fluxograma do método utilizado para a adaptação transcultural do *Pain Stages of Change Questionnaire* – Versão Brasileira (PSOCQ-Br) (continua).

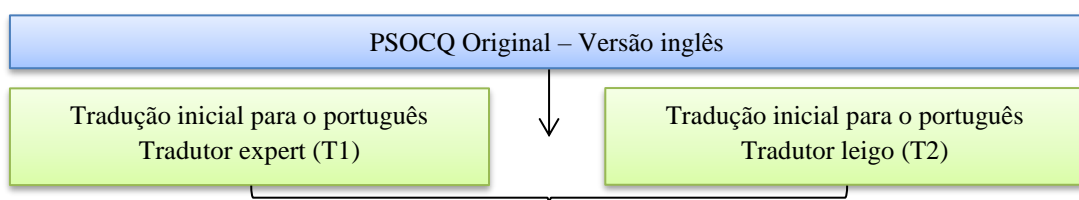
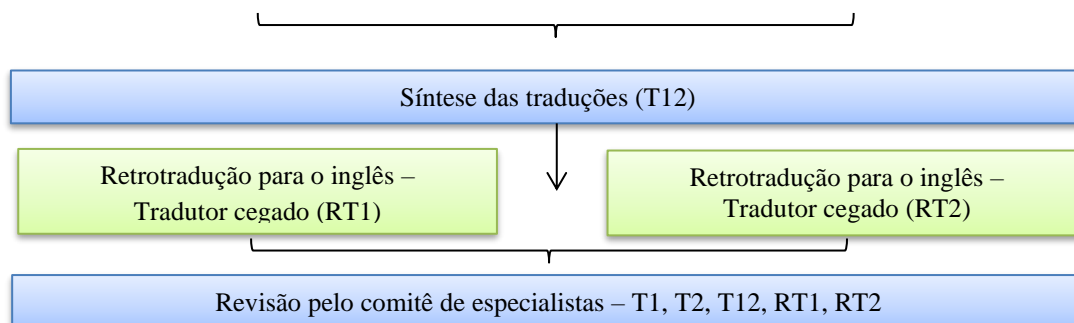


Figura 4. Fluxograma do método utilizado para a adaptação transcultural do *Pain Stages of Change Questionnaire* – Versão Brasileira (PSOCQ-Br) (conclusão).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

3.5.1. Tradução Inicial Para O Português Brasileiro

Após obter autorização dos autores dos instrumentos PSCOQ, as traduções foram realizadas por dois tradutores fluentes em inglês e português, um especialista (T1) e outro não-especialista (T2), cuja língua materna é o português. A presença de ambos os tradutores foi necessária para identificar e corrigir discrepâncias durante o processo de tradução. Ao final da tradução, os tradutores foram convidados a preencher uma seção de “comentários adicionais” no formulário de tradução, onde possíveis destaques de frases ou incertezas originadas do processo de tradução, bem como as razões para suas escolhas, podem ter acontecidas. Os tradutores também foram responsáveis por traduzir o conteúdo dos itens, opções de resposta e instruções, seguindo dois perfis diferentes: Tradutores inglês/português: T1, que estavam familiarizados com os conceitos do questionário, fornecendo uma tradução mais adequada na perspectiva clínica e na perspectiva de propriedades de medida, este tradutor tem o português como língua mãe. T2, por outro lado, não estava ciente dos conceitos do questionário e não era profissional da saúde. A inclusão desse tradutor visou refletir de forma mais adequada a linguagem utilizada pela população. Este tradutor também tem o português como língua mãe.

3.5.2. Síntese das traduções

Para criar um documento único para cada ferramenta do PSCOQ, as traduções foram sintetizadas e as discrepâncias corrigidas. Para isso, os tradutores e um pesquisador relator/observador se reuniram para sintetizar as duas versões obtidas, conforme sugerido por

Beaton et al. (2000), utilizando as versões T1 e T2. O resultado desse processo foi a versão sintética que acabou sendo chamada de T12, acompanhada de um documento escrito pelo pesquisador relator que descreveu todos os aspectos discutidos e como foram resolvidos.

3.5.3. Retrotadução

Nessa etapa, foi necessário envolver dois tradutores fluentes em inglês e que não atuassem na área da saúde para realizar a tradução da versão T12 dos questionários para o inglês. Esses tradutores foram totalmente cegos para as versões do questionário original, garantindo uma avaliação objetiva e imparcial da tradução. O objetivo desse processo foi garantir que as versões traduzidas reflitam precisamente os mesmos conteúdos presentes nas versões originais, permitindo a detecção de traduções incorretas, inconsistências e erros conceituais. As duas versões resultantes desse processo foram denominadas de RT1 e RT2 para cada instrumento.

3.5.4. Reunião com revisão do comitê de especialistas

Para alcançar a equivalência transcultural do PSOCQ, foi fundamental realizar uma reunião do comitê de especialistas, que incluiu profissionais da saúde, tradutores e professores de letras. Os autores da versão original foram informados sobre todas as etapas dessa reunião por meio de um relatório de atividades que destacou as principais dificuldades encontradas durante o processo. O papel do comitê foi consolidar todas as versões dos questionários e criar a versão pré-final do PSOCQ para ser usada nos testes de campo. Para isso, o comitê revisou todas as traduções (T1, T2, T12, RT1 e RT2) e chegou a um consenso sobre possíveis discrepâncias. O pesquisador relator/observador agrupou os principais aspectos discutidos em um relatório e explicou as razões para a tomada de decisões específicas. Os membros do comitê buscaram a equivalência entre a versão original e a versão pré-final do PSOCQ em quatro áreas: semântica, idiomática, de experiências/cultural e conceitual. Foi avaliado a versão original e retrotraduzidas para garantir todas as equivalências. Houve consenso em todas as etapas, não havendo necessidade refazer nenhuma fase do processo. O documento utilizado no processo da reunião do comitê de especialistas pode ser encontrado no **apêndice I** e o questionário transculturalmente adaptado para o português brasileiro pode-se encontrar no **apêndice II**.

3.5.5. Versão pré-final

A versão pré-final em português brasileiro do questionário PSOCQ foi testada de forma autoadministrada com uma população-alvo recomendada por Beaton et al (2000) de 30 participantes com idades entre 18 e 60 anos com DLC inespecífica para avaliar se essa versão era adequadamente compreensível e tinha vocabulário apropriado e expressões adequadas relevantes para o contexto português brasileiro. Os participantes preencheram um questionário semiestruturado (entrevista cognitiva – **apêndice III**) para avaliar o PSOCQ, foram questionados sobre relevância, compreensão e abrangência de cada item do questionário com perguntas abertas. Além disso, eles forneceram feedback sobre cada item, incluindo sugestões para melhorar a clareza do item, instruções, títulos, opções de resposta e layout, e foram convidados a oferecer sugestões espontâneas adicionais. Caso houvesse dúvidas relatadas para o mesmo item do questionário em pelo menos 20% da amostra durante o preenchimento, esse item seria reformulado e o processo refeito (ORFALE et al., 2005).

3.6. PROPRIEDADES DE MEDIDA

3.6.1. Validade estrutural

A validade estrutural é definida como o grau em que as pontuações dos questionários são reflexas adequadas da dimensionalidade do construto a ser medido (MOKKINK *et al.*, 2010), avaliando quantas subescalas estão presentes no questionário, e quais itens fazem parte de cada subescala. O COSMIN sugere como *rule of thumb* de pelo menos 5 vezes o número de itens e ≥ 100 como tamanho de amostra adequado para análise de validade estrutural (MOKKINK *et al.*, 2019). Considerando-se que o PSOCQ contempla 30 itens, então seria necessário um tamanho amostral de pelo menos 150 participantes.

3.6.2. Consistência interna

A consistência interna se refere ao grau de inter-relação entre os itens de um instrumento (MCNEISH, 2018), como o PSOCQ pontua cada subescala separadamente, a consistência interna deve ser avaliada para cada subescala, partindo-se do pressuposto de que cada subescala está avaliando construtos diferentes (ELSMAN *et al.*, 2022).

3.6.3. Confiabilidade e Medida de erro

A Confiabilidade refere-se à proporção da variância total nas medições que é devido a diferenças "verdadeiras" entre pacientes (MOKKINK *et al.*, 2023). Os participantes foram avaliados para análise da confiabilidade teste-reteste em duas situações distintas, em que a estabilidade clínica (através da mensuração da intensidade da dor – END) foi mensurada tanto no momento da avaliação quanto nos últimos 7 dias. A medida de erro refere-se ao erro sistemático e aleatório do escore de um paciente individual que não é atribuído a mudanças verdadeiras no construto a ser medido (MOKKINK *et al.*, 2023).

3.6.4. Teste de hipóteses – validade de construto

O teste de hipóteses – validade de construto refere-se ao grau em que as pontuações de um questionário são consistentes com hipóteses previamente estabelecidas, com base no pressuposto de que o instrumento mede o construto que propõe a ser medido (ELSMAN *et al.*, 2022). Para avaliar essa propriedade, foram realizadas correlações entre a pontuação das subescalas do PSOCQ entre si (relações internas do questionário). Essas hipóteses foram com base na literatura da versão japonesa do PSOCQ (ADACHI *et al.*, 2019), sendo essa a versão disponibilizada que avaliou as subescalas entre si. Dessa forma, espera-se que as subescalas do PSOCQ-Br apresentem correlações consistentes com a estrutura teórica testada previamente.

Especificamente, hipóteses foram formuladas para que as subescalas relacionadas apresentem correlações positivas ≥ 0.50 , como entre “Ação” e “Manutenção”, enquanto subescalas menos relacionadas apresentem correlações positivas de 0.30–0.50, como entre “Contemplação” e “Ação”. Por outro lado, subescalas com construtos conceitualmente opostos devem apresentar correlações negativas como entre “Pré-contemplação” e os demais domínios, assim espera-se um valor de < 0.30 (ADACHI *et al.*, 2019). Adicionalmente, a validade convergente com as pontuações dos questionários comparadores também foi realizada, as hipóteses a priori foram com base em publicações anteriores (KERNS *et al.*, 1997; MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019). Apenas algumas subescalas do SOPA foram consideradas para as hipóteses, sendo selecionadas com base na literatura original do PSCOQ.

Para “Pré-contemplação” espera-se correlações negativas < 0.30 com questionários (ou subescalas) que avaliam construtos relacionados ao controle ativo da dor, como SOPA (Controle) e PSEQ, e correlações positivas < 0.30 com medidas que refletem maior dependência ou incapacidade, como SOPA (Cura médica) e ODI (KERNS *et al.*, 1997; MONTICONE *et*

al., 2014; ADACHI *et al.*, 2019).

Para “contemplação”, espera-se correlações positivas < 0.30 com construtos que avaliam desfechos gerais de dor e comportamentos relacionados, como ODI, GAD-7, PHQ-9, TSK (Evitar atividades, Foco somático, Total), PCS (Desesperança, Amplificação, Ruminação, Total) e SOPA (Dano físico). Além disso, são esperadas correlações negativas < 0.30 com construtos que indicam baixa autoeficácia, atitudes passivas ou uso de medicação, como PSEQ, SOPA (Controle) e SOPA (Medicação) (KERNS *et al.*, 1997; MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019).

Para a subescala “ação”, espera-se correlações negativas < 0.30 com construtos que avaliam desfechos gerais de dor, comportamentos relacionados e atitudes passivas, como ODI, GAD-7, PHQ-9, TSK (Evitar atividades, Foco somático, Total), PCS (Desesperança, Amplificação, Ruminação, Total), e SOPA (Controle, Dano físico, Medicação). Além disso, são esperadas correlações positivas < 0.30 com PSEQ e SOPA (Cura médica), sugerindo uma relação pequena entre esses construtos e a subescala “ação” (KERNS *et al.*, 1997; MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019).

E “manutenção”, espera-se correlações positivas ≥ 0.50 com construtos que avaliam crenças de controle, como SOPA (Controle), e correlações negativas e < 0.30 com medidas de atitudes passivas ou crenças mal adaptativas, como TSK (Evitar atividades, Foco somático, Total), PCS (Desesperança, Amplificação, Ruminação, Total) e SOPA (Cura médica) (KERNS *et al.*, 1997; MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019). Uma síntese das hipóteses a priori podem ser encontrados na **tabela 2**. Além disso, Pelo menos 75% das hipóteses confirmadas para o teste de hipóteses, que apoia a validade do construto, foi considerado adequado (PRINSEN *et al.*, 2018).

Tabela 2. Hipóteses levantadas a priori para as correlações entre as escalas do PSOCQ-Br e instrumentos comparadores (continua).

	PSOCQ (Pré-contemplação)	PSOCQ (Contemplação)	PSOCQ (Ação)	PSOCQ (Manutenção)
PSOCQ (Pré-contemplação)	NA	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
PSOCQ (Contemplação)	< 0.30	NA	0.30 – 0.50	0.30 – 0.50
PSOCQ (Ação)	- < 0.30	0.30 – 0.50	NA	> 0.50
PSOCQ (Manutenção)	- < 0.30	0.30 – 0.50	> 0.50	NA
ODI	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
GAD-7	< 0.30	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
PHQ-9	< 0.30	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
TSK (Evitando atividade)	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
TSK (Foco somático)	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
TSK (Escore total)	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
PCS (Desesperança)	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
PCS (Amplificação)	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
PCS (Ruminação)	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
PCS (Escore total)	0.30 – 0.50	< 0.30	- < 0.30	- < 0.30
PSEQ	- < 0.30	- < 0.30	< 0.30	< 0.30
SOPA (Cura médica)	> 0.50	- < 0.30	- < 0.30	- < 0.30
SOPA (Controle)	- > 0.50	< 0.30	< 0.30	> 0.50
SOPA (Dano físico)	0.30 – 0.50	- < 0.30	- < 0.30	- 0.30 – 0.50
SOPA (Medicação)	0.30 – 0.50	- < 0.30	- < 0.30	- < 0.30
Hipóteses levantadas	18 hipóteses	18 hipóteses	18 hipóteses	18 hipóteses

PSOCQ = Pain Stages of Change Questionnaire; SOPA= Survey of Pain Attitudes; TSK = Tampa Scale of Kinesiophobia; B-PCS = Brazillian - Pain Catastrophizing Scale; PSEQ = Pain Self-efficacy Questionnaire; END= Escala Numérica de Dor; ODI = Oswestry Disability Index; NA = Não se aplica;

3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Análise de Variância (ANOVA) foi realizada para testar diferenças significativas entre subamostras do estudo ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas utilizando ferramentas como IBM® SPSS® Amos™, versão 22 e RStudio (Boston, MA, EUA).

A análise estatística de validade estrutural do PSOCQ-Br foi realizada por meio de uma análise fatorial confirmatória (AFC), utilizando o *software* RStudio (Boston, MA, EUA),

utilizando os pacotes *lavaan* e *semPlot*, sendo implementada com o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) adequado para dados categóricos (DISTEFFANO; MORGAN, 2014; LI, 2016). Os índices de ajuste foram avaliados com base nos seguintes critérios: o valor de Chi-Square (CMIN) não deve ser significativo; a razão *CMIN statistics divided by degrees of freedom* (DF) (CMIN/DF) foi considerada adequada quando < 3 ; os valores de *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI) foram avaliados adequados quando $> 0,95$; os valores de *Standardized Root Mean Residual* (SRMR) abaixo de 0,08 e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) foram considerados satisfatórios quando $< 0,06$ (PRINSEN *et al.*, 2018). Foi considerada como modelo de referência, o modelo original descrito por Kerns *et al.* (1997) com 4 subescalas e 30 itens.

A consistência interna foi analisada através do α de Cronbach para cada subescala e resultados sendo consideráveis aceitáveis quando $\alpha \geq 0,70$ (ELSMAN *et al.*, 2022). A confiabilidade foi analisada através do CCI, com um intervalo de confiança de 95%. Um $CCI \geq 0,70$ foi considerado uma confiabilidade como boa, de acordo com os critérios estabelecidos pelo COSMIN para boas propriedades de medida (KOO TK; LI MY. 2016; ELSMAN *et al.*, 2022). O cálculo do Erro Padrão da Medida (SEM – *Standard Error of Measurement*) foi realizado considerando-se o pacote “Agree” do RStudio segundo a fórmula $\sqrt{(\sigma_r^2 + \sigma_{pr,e})}$ (MOKKINK *et al.*, 2023). Esta fórmula considera a diferença sistemática entre o avaliador (*ie, its main effect* σ_r^2) também para fazer parte do erro de medida de interesse, além do erro residual ($\sigma_{pr,e}^2$). Para análise da *Smallest Detectable Change* (SDC) foi utilizada a fórmula $SDC = 1.96 * \sqrt{2} * SEM$ (MOKKINK *et al.*, 2023). O r de Pearson foi usado para o teste de hipóteses para validade de construto (ELSMAN *et al.*, 2022).

4. RESULTADOS

4.1. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA VERSÃO PORTUGUÊS-BRASILEIRA DO PSOCQ E PRÉ-TESTE

Após o processo de tradução seguindo a diretriz de Beaton *et al.*, (2000), algumas dúvidas durante a reunião com revisão do comitê de especialistas da versão pré-final surgiram. Dessa forma, foram enviadas ao autor da versão original do PSOCQ para obter um *feedback* acerca do processo de adaptação transcultural e esclarecer tais itens. Primeiramente, em relação ao item 6, em inglês "*I have started to get up with strategies to help myself control my pain.*". A dúvida levantada foi se esse item deveria fazer parte da subescala de “ação”, originalmente

proposto, dos estágios de mudança da dor. A justificativa para tal dúvida foi em relação à expressão "*to come up with*", geralmente interpretada como "sugerir ou pensar em uma ideia ou plano", o que pode implicar um processo de reflexão ou estágio de planejamento (contemplação) em vez da ação em si. Além disso, o uso do verbo "*have started*" no presente perfeito, que sugere o início de algo, a execução de uma ação no passado. A tradução final do item 6 foi: "*Comecei a criar estratégias para ajudar a controlar minha dor.*" O autor da versão original sugeriu que o item inicial está bem alinhado com a subescala "ação", além de ter bom desempenho em outros estudos de validação. Afirmando que os termos do item original já estão claramente relacionados à tomada de ação, como "*começar*" e "*criar estratégias*". Além disso, alertou para a possível discrepância ao modificar a subescala com o determinado item podendo impactar futuras publicações. Outra dúvida foi em relação ao item 29, "*All of this talk about how to cope better is a waste of time*". Foi observado que a palavra "dor" está ausente. No entanto, para uma tradução mais precisa para o português brasileiro, a equipe de tradução sugeriu a frase uma melhora para compreensão do contexto, resultando na seguinte possibilidade: "*Toda essa conversa sobre como lidar melhor com minha dor é uma perda de tempo*". O autor original respondeu que a proposta de mudança para o item 29 é boa, embora provavelmente não fosse necessária. Desta forma o item 29 ficou "*Toda essa conversa sobre como lidar melhor com a minha dor é uma perda de tempo*".

No teste da versão pré-final, todos os 30 participantes indicaram compreender os enunciados dos itens do questionário de forma adequada e que possuem relevância para o entendimento sobre avaliar sua prontidão para mudança. Além disso, as opções de resposta também foram compreendidas pelos participantes, apenas três dos 30 participantes sugeriram que as opções de resposta fossem dispostas horizontalmente, em vez de verticalmente, para facilitar a leitura e seleção como "*o nome de discordo totalmente e concordo totalmente virado na horizontal*", "*as opções de respostas deveriam estar na horizontal*" e "*as opções de respostas na vertical, poderiam estar horizontalmente*". Embora essa sugestão tenha sido apontada, ela foi expressada por apenas 10% dos participantes. Dado que a recomendação metodológica previa uma modificação apenas se 20% ou mais dos participantes relatassem uma dificuldade similar, decidiu-se manter o layout original (ORFALE et al., 2005). Em síntese, esses relatos sugeriram que a versão adaptada mantém sua equivalência e aplicabilidade no contexto brasileiro. Os participantes levaram em média 05:49 minutos para responderem o PSCOQ em sua versão final.

4.2. DADOS GERAIS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Um total de 150 participantes (97 mulheres e 53 homens com média, desvio padrão [DP] de idade de 41,28, DP=11,77 anos; peso médio de 76,70, DP= 16,75kg e altura de 1,67, DP 0,09m) foram recrutados para este estudo. Subamostras da amostra total foram consecutivamente recrutadas para participar dos diferentes estágios do estudo. Os dados sociodemográficos, antropométricos, clínicos e psicossociais das diferentes subamostras dos estudos estão descritos na **Tabela 3**. Não foram observadas diferenças nas características entre as subamostras (pré-teste [n = 30], teste-reteste com intensidade de dor no momento da avaliação [n = 103], teste-reteste da intensidade de dor nos últimos 7 dias [n = 109] e total [n = 150]). Dados faltantes não foram observados. Foi adotado um método para garantir que todos os itens do questionário de cada participante fossem preenchidos corretamente. Ao final do processo de preenchimento dos questionários, caso o participante deixasse de responder a algum item, imediatamente ele era orientado a complementar as informações faltantes.

4.3. VALIDADE ESTRUTURAL

O PSOCQ-Br demonstrou índices aceitáveis de validade estrutural para um modelo com 4 subescalas. Conforme pode ser visto na **Tabela 4**, os valores de Chi-square não foram significativos e a razão entre o CMIN/df foi adequada. Os índices de CFI, TLI, RMSEA e SRMR deram suporte ao modelo. Foram avaliados os índices de modificação (IM), que apresentaram na subescala de “Pré-contemplação” covariância residual entre os itens 12 e 25 (IM = -0,53), enquanto na subescala de “Ação” foram identificadas covariâncias residuais entre os itens 2 e 6 (IM = 0,34), 6 e 20 (IM = 0,34), 20 e 26 (IM = -0,27) e 26 e 27 (IM = 0,37). Além disso, a **figura 4** apresenta a estrutura de cada subescala e as cargas fatoriais dos itens. Os itens 13 e 16 apresentaram um valor inferior a 0,30. Entretanto, considerando os bons índices de ajuste, a estrutura original do PSOCQ-Br com 30 itens foi mantida.

Tabela 3 - Descrição dos dados sociodemográficos, antropométricos, clínicos e psicossociais da amostra recrutada para a adaptação transcultural e verificação das propriedades de medida da versão em português brasileiro do PSOCQ (continua).

	Pré-Teste Media (DP)	Confiabilidade – Teste e Reteste e Consistência In- terna (Intensidade de Dor no momento da avaliação)	Confiabilidade – Teste e Reteste e Consistên- cia Interna (Intensidade de Dor dos últimos 7 dias)	Validade de Cons- truto – Teste de hi- póteses e Validade Estrutural	Testes estatísticos
Tamanho da amostra (n)	30	103	109	150	
Idade (anos)	41,80 (11,65)	42,18 (12,14)	41,75 (12,51)	41,28 (11,77)	$F_{(3, 388)} = 0,11$, $p = 0,95$
Peso (Kg)	78,03 (15,46)	76,68 (14,99)	76,73 (16,47)	76,70 (16,75)	$F_{(3, 388)} = 0,06$, $p = 0,98$
Altura (m)	1,67 (0,09)	1,67 (0,09)	1,67 (,09)	1,67 (,09)	$F_{(3, 388)} = 0,07$, $p = 0,97$
Sexo					
Feminino (n, %)	18 (60%)	65 (63,10%)	67 (61,46%)	97 (64,66%)	$\chi^2 = (3 N = 392)$, 0,40, $p = 0,93$
Masculino (n, %)	12 (40%)	38 (36,89%)	42 (38,53%)	53 (35,33%)	$\chi^2 = (3 N = 392)$, 0,40, $p = 0,93$
Tempo de dor (meses)	117,50 (136,66)	119,35 (115,68)	114,60 (112,54)	112,66 (109,13)	$F_{(3, 388)} = 0,75$, $p = 0,97$
Uso de medicamentos (sim) (n, %)	17 (56,66%)	60 (58,25%)	64 (58,71%)	86 (57,33%)	$\chi^2 = (3 N = 392)$, 0,07, $p = 0,99$
Afastamento trabalho (sim) (n, %)	2 (6,66%)	1 (0,97%)	1 (0,91%)	3 (2%)	$\chi^2 = (3 N = 392)$, 4,97, $p < 0,17$
Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto (n, %)	0 (0%)	6 (5,82%)	6 (5,50%)	6 (4%)	
Ensino fundamental completo (n, %)	2 (6,66%)	5 (4,85%)	8 (7,33%)	10 (6,66%)	
Ensino Médio incompleto (n, %)	1 (3,33%)	3 (2,91%)	5 (4,58%)	6 (4%)	
Ensino Médio completo (n, %)	16 (53,33%)	31 (30,09%)	28 (25,68%)	42 (28%)	
Ensino técnico ou profissionalizante (n, %)	1 (3,33%)	8 (7,76%)	8 (7,33%)	9 (6%)	$\chi^2 = (21 N = 392)$, 13,3 $p = 0,89$
Graduação (bacharelado/licenciatura) (n, %)	4 (13,33%)	25 (24,27%)	25 (22,93%)	37 (24,66%)	
Ensino superior incompleto (n, %)	4 (13,33%)	13 (12,62%)	13 (11,92%)	18 (12%)	
Pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) (n, %)	2 (6,66%)	12 (11,65%)	16 (14,67%)	22 (14,66%)	
Estado civil					
Solteiro(a) (n, %)	10 (33,33%)	36 (34,95%)	39 (35,77%)	50 (33,33%)	$\chi^2 = (9 N = 392)$, 5,19, $p = 0,81$
Casado(a) (n, %)	15 (50%)	55 (53,39%)	57 (52,29%)	78 (52%)	

Tabela 3 - Descrição dos dados sociodemográficos, antropométricos, clínicos e psicossociais da amostra recrutada para a adaptação transcultural e verificação das propriedades de medida da versão em português brasileiro do PSOCQ (continuação).

	Pré-Teste Media (DP)	Confiabilidade – Teste e Reteste e Consistência In- terna (Intensidade de Dor no momento da avaliação)	Confiabilidade – Teste e Reteste e Consistên- cia Interna (Intensidade de Dor dos últimos 7 dias)	Validade de Cons- truto – Teste de hi- póteses e Validade Estrutural	Testes estatísticos
Viúvo(a) (n, %)	2 (6,66%)	1 (0,97%)	2 (1,83%)	4 (2,66%)	$\chi^2 = (9 N = 392), 5,19, p = 0,81$
Separado(a)/Divorciado(a) (n, %)	2 (6,66%)	11 (10,67%)	12 (11%)	18 (12%)	
Número de filhos					
Nenhum (n, %)	6 (20%)	36 (34,95%)	40 (36,69%)	52 (34,66%)	$\chi^2 = (12 N = 392), 4,50, p = 0,97$
Um (n, %)	9 (30%)	22 (21,35%)	22 (20,18%)	35 (23,33%)	
Dois (n, %)	8 (26,66%)	26 (25,24%)	25 (22,93%)	37 (24,66%)	
Três (n, %)	4 (13,33%)	9 (8,73%)	10 (9,17%)	11 (7,33%)	
Mais de três (n, %)	3 (10%)	10 (9,70%)	12 (11%)	15 (10%)	
Renda					
Até 1 salário mínimo (n, %)	15 (50%)	37 (35,92%)	37 (33,94%)	52 (34,66%)	$\chi^2 = (12 N = 392), 5,33, p = 0,94$
De 1 a 2 salários mínimos (n, %)	7 (23,33%)	33 (32,03)	35 (32,11%)	45 (30%)	
De 2 a 5 salários mínimos (n, %)	8 (26,66%)	28 (27,18%)	33 (30,27%)	47 (31,33%)	
5 a 10 salários mínimos (n, %)	0 (0%)	1 (0,97%)	0 (0%)	1 (0,66%)	
Mais de 10 salários mínimos (n, %)	0 (0%)	4 (3,88%)	4 (3,66%)	5 (3,33%)	
Pontuação média dos questionários					
Teste de Cloze (0-100)	94,88 (7,76)	96,44 (7,21)	95,96 (7,80)	96,17 (7,46)	$F_{(3, 388)} = 0,34, p = 0,79$
Teste Mini Cog (0-5)	4,2 (0,71)	4,3 (0,73)	4,2 (0,76)	4,3 (0,75)	$F_{(3, 388)} = 0,25, p = 0,85$
END (0-10)					
No momento da avaliação (0-10)	6,13 (1,60)	5,88 (1,68)	5,88 (1,64)	5,87 (1,68)	$F_{(3, 388)} = 0,21, p = 0,88$
Dos últimos 7 dias (0-10)	6,96 (1,77)	6,70 (1,89)	6,73 (1,84)	6,70 (1,94)	$F_{(3, 388)} = 0,17, p = 0,91$
PSOCQ-Br					
Pré-contemplação (1-5)	2,27 (0,65)	2,62 (0,71)	2,63 (0,68)	2,60 (0,69)	$F_{(3, 388)} = 0,50, p = 0,68$
Contemplação (1-5)	3,50 (0,52)	3,75 (0,62)	3,37 (0,64)	3,37 (0,57)	$F_{(3, 388)} = 0,62, p = 0,58$
Ação (1-5)	3,59 (0,57)	3,54 (0,63)	3,52 (0,65)	3,58 (0,62)	$F_{(3, 388)} = 0,27, p = 0,84$
Manutenção (1-5)	3,33 (0,54)	3,45 (0,75)	3,46 (0,76)	3,47 (0,71)	$F_{(3, 388)} = 0,33, p = 0,80$
ODI (0-100)	26,86 (5,95)	28,95 (10,30)	28,57 (10,39)	28,24 (9,87)	$F_{(3, 388)} = 0,37, p = 0,77$

Tabela 3 - Descrição dos dados sociodemográficos, antropométricos, clínicos e psicossociais da amostra recrutada para a adaptação transcultural e verificação das propriedades de medida da versão em português brasileiro do PSOCQ (continuação).

	Pré-Teste Media (DP)	Confiabilidade – Teste e Reteste e Consistência In- terna (Intensidade de Dor no momento da avaliação)	Confiabilidade – Teste e Reteste e Consistên- cia Interna (Intensidade de Dor dos últimos 7 dias)	Validade de Cons- truto – Teste de hi- póteses e Validade Estrutural	Testes estatísticos
PCS (0-52)	30,36 (10,43)	28,41 (11,38)	28,53 (11,49)	28,09 (11,51)	$F_{(3, 388)} = 0,33, p = 0,80$
Amplificação (0-12)	7,53 (2,70)	6,81 (3,12)	6,77 (3,19)	6,70 (3,11)	$F_{(3, 388)} = 0,60, p = 0,64$
Ruminação (0-16)	10,90 (3,27)	10,32 (3,15)	10,24 (3,26)	10,25 (3,31)	$F_{(3, 388)} = 0,35, p = 0,78$
Desesperança (0-24)	11,93 (5,28)	11,28 (5,92)	11,51 (5,84)	11,13 (5,89)	$F_{(3, 388)} = 0,20, p = 0,89$
TSK (17-68)	42,66 (6,12)	40,50 (7,30)	40,82 (7,30)	40,67 (7,13)	$F_{(3, 388)} = 0,75, p = 0,52$
Evitando atividades (08-32)	20,66 (3,88)	19,89 (4,21)	20,23 (4,15)	20,10 (4,22)	$F_{(3, 388)} = 0,30, p = 0,82$
Foco somático (9-36)	22 (3,51)	20,61 (4,12)	20,58 (4,07)	20,57 (3,96)	$F_{(3, 388)} = 1,14, p = 0,32$
PSEQ (0-60)	37,23 (11,57)	40,72 (12,32)	40,17 (12,79)	41,06 (12,20)	$F_{(3, 388)} = 0,83, p = 0,47$
GAD-7 (0-21)	11,26 (5,40)	10,52 (6,03)	11,02 (5,94)	11 (5,81)	$F_{(3, 388)} = 0,21, p = 0,88$
PHQ-9 (0-27)	9,66 (5,04)	10,20 (6,54)	10,92 (6,66)	10,64 (6,41)	$F_{(3, 388)} = 0,42, p = 0,73$
SOPA					
Solicitude (0-5)	1,31 (1,10)	1,20 (1)	1,31 (1,01)	1,30 (1,06)	$F_{(3, 388)} = 0,24, p = 0,86$
Emoção (0-5)	1,78 (1,25)	2,11 (1,19)	2,20 (1,20)	2,14 (1,17)	$F_{(3, 388)} = 0,99, p = 0,39$
Cura médica (0-5)	2,72 (0,97)	2,73 (0,80)	2,73 (0,80)	2,78 (0,81)	$F_{(3, 388)} = 0,34, p = 0,86$
Controle (0-5)	1,88 (0,83)	2,14 (0,93)	2,09 (0,90)	2,15 (0,88)	$F_{(3, 388)} = 0,90, p = 0,43$
Dano Físico (0-5)	1,5 (0,74)	1,32 (0,69)	1,35 (0,69)	1,31 (0,65)	$F_{(3, 388)} = 0,69, p = 0,55$
Incapacidade (0-5)	1,55 (0,63)	1,55 (0,83)	1,57 (0,82)	1,59 (0,77)	$F_{(3, 388)} = 0,07, p = 0,97$
Medicação (0-5)	2,26 (1,11)	2,16 (1,07)	2,11 (1,10)	2,17 (1,10)	$F_{(3, 388)} = 0,15, p = 0,92$

DP = Desvio padrão; N = Tamanho da amostra; KG = Quilograma; m = Metros; END = Escala Numérica de Intensidade da Dor; PSOCQ = Pain Stages of Change Questionnaire; ODI = Índice de Incapacidade Oswestry; PCS = Escala de Catastrofização da Dor; TSK = Escala Tampa de Cinesiofobia; PSEQ = Questionário de Autoeficácia da Dor; SOPA = Inventário de Atitudes Frente à Dor Crônica; F = Teste ANOVA; X² = Teste Qui-quadrado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Tabela 4. Índices de ajuste do modelo da versão em português brasileiro do PSOCQ (n=150)

	CMIN (df)	CMIN/df	CFI	TLI	SRMR	RMSEA (90% IC)
Pré-contemplação ^a (RDWLS)	17,175**(13)	1,32	0,99	0,99	0,05	0,04 (0,00 – 0,09)
Contemplação (RDWLS)	46,047**(35)	1,31	0,98	0,98	0,06	0,04 (0,00 – 0,07)
Ação ^b (RDWLS)	3,331**(5)	3	1,00	1,00	0,02	0,00 (0,00 – 0,09)
Manutenção (RDWLS)	15,167**(14)	1,5	0,99	0,99	0,04	0,02 (0,00 – 0,08)

PSOCQ = *Pain Stages of Change Questionnaire*; CMIN = qui-quadrado; df = *degrees of freedom*; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Index*; SRMR = *Standardized Root Mean Square Residual*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; RDWLS = *Robust Diagonally Weighted Least Squares*;

** $p > 0,05$

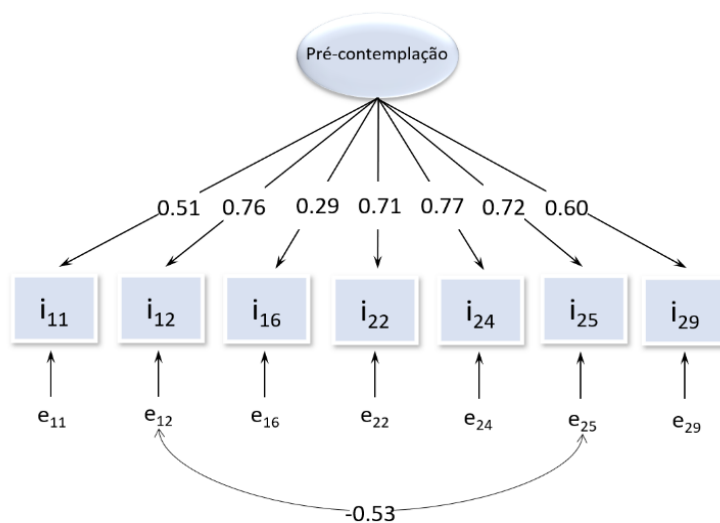
^a = O modelo incluiu covariância residual especificada entre termos de erro para os itens 12 e 25.

^b = O modelo incluiu covariância residual especificada entre termos de erro para os itens 2 e 6; 6 e 30; 20 e 26 e 25 e 27.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos resultados do *software* Rstudio (2025).

Figura 5. Estrutura e cargas fatoriais para cada item das subescalas do PSOCQ-Br (continua).

a)



b)

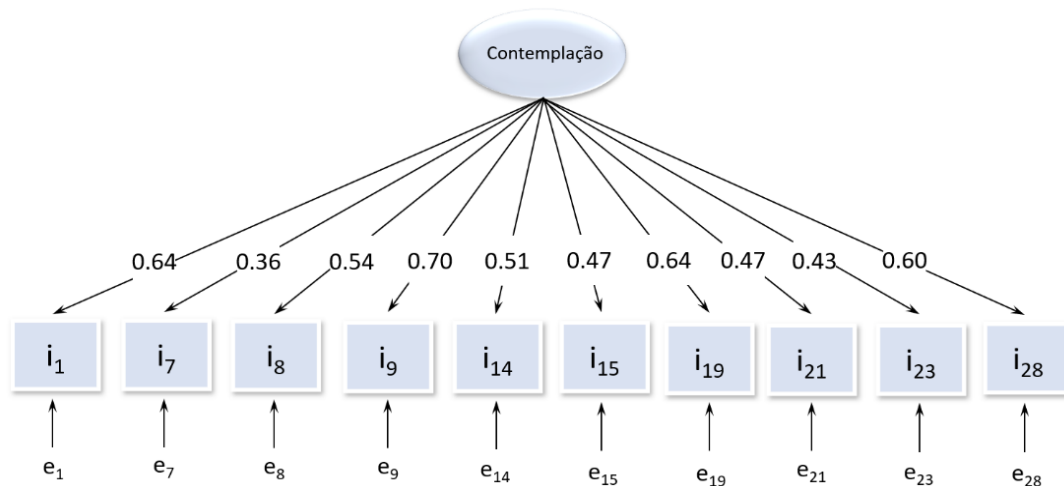
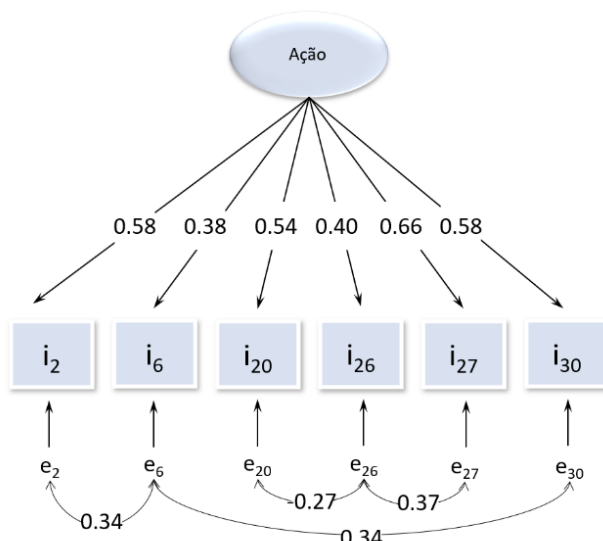
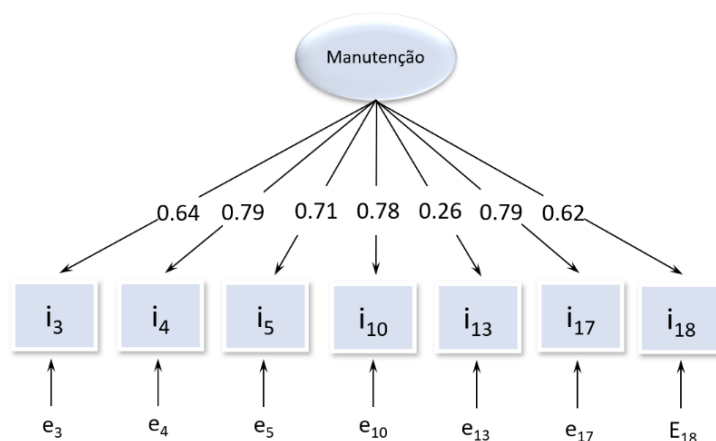


Figura 5. Estrutura e cargas fatoriais para cada item das subescalas do PSOCQ-Br (conclusão).

c)



d)



Pré-contemplação (a), contemplação (b), ação (c) e manutenção (d). i = item. e = erro.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos resultados do *software* Rstudio (2025).

4.4. CONSISTÊNCIA INTERNA, CONFIABILIDADE TESTE-RETESTE E MEDIDA DE ERRO

Todos os coeficientes α de Cronbach para as subescalas do PSOCQ-Br excederam 0,70 (Pré contemplação = 0,75, Contemplação = 0,78, Ação = 0,77 e Manutenção = 0,82), indicando pelo menos consistência interna adequada. Os CCIs dos escores totais das subescalas obtidos no teste-reteste demonstraram adequada confiabilidade ao longo do tempo, tanto controlando a intensidade de dor no momento da avaliação quanto nos últimos 7 dias (intervalo 0,72–0,85; **Tabela 5**). O SDC de Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção foram,

respectivamente, 0,97, 1,08, 1,03 e 1,05. Na **tabela 6** pode-se encontrar os valores médios de CCI (IC 95%) e α de *Cronbach* das subescalas do PSOCQ-Br considerando a intensidade de dor dos últimos 7 dias.

Tabela 5. Valores médios de CCI com IC 95% e α de *Cronbach* (n=103) das pontuações do PSOCQ considerando a intensidade de dor no momento da avaliação (continua).

Subescala	Itens	CCI (IC 95%)	SDC	α de Cronbach
Pré-contemplação	i11. Tentei tudo o que as pessoas recomendaram para controlar a minha dor e nada ajudou.	0,68 (0,53-0,78)	2,13	--
	i12. Minha dor é um problema médico que deveria estar sendo resolvido pelos médicos.	0,66 (0,50-0,77)	2,19	--
	i16. Quando falo com as pessoas, elas me dizem que preciso aprender a conviver com minha dor, mas não vejo por que deveria fazer isso.	0,35 (0,52-0,56)	3,05	--
	i22. Ainda acho que, apesar do que os médicos me dizem, deve haver algum procedimento cirúrgico ou medicamento que poderia acabar com a minha dor.	0,73 (0,61-0,82)	2,00	--
	i24. A melhor coisa que eu posso fazer é encontrar um médico que descubra como acabar com a minha dor de uma vez por todas.	0,60 (0,40-0,72)	2,36	--
	i25. Por que alguém não pode simplesmente fazer algo para acabar com minha dor.	0,62 (0,43-0,74)	2,19	--
	i29. Toda essa conversa sobre como lidar melhor com a minha dor é uma perda de tempo.	0,72 (0,59-0,81)	1,39	--
	Escore total		0,85 (0,78-0,89)	0,97
Contemplação	i1. Estive pensando que a maneira como eu lido com a minha dor poderia melhorar.	0,76 (0,65-0,84)	1,58	--
	i7. Percebi recentemente que minha condição de dor não tem cura, então eu quero aprender algumas estratégias de como lidar com isso.	0,68 (0,53-0,78)	2,58	--
	i8. Mesmo que eu continue a sentir dor, estou pronto para começar a lidar com ela.	0,66 (0,50-0,77)	2,05	--
	i9. Acabei de perceber que está na hora de elaborar um plano melhor para lidar com minha dor.	0,45 (0,19-0,62)	2,22	--
	i14. Estou me questionando se preciso de alguma ajuda para desenvolver habilidades para lidar com a minha dor.	0,50 (0,27-0,66)	2,61	--
	i15. Descobri recentemente que depende de mim lidar melhor com a minha dor.	0,53 (0,30-0,68)	2,33	--
	i19. Recentemente, cheguei à conclusão de que é hora de mudar a forma como lido com a minha dor.	0,52 (0,29-0,67)	1,94	--
	i21. Estou começando a me questionar se depende de mim controlar a minha dor em vez de depender de médicos.	0,42 (0,14-0,60)	2,74	--
	i23. Estive pensando que os médicos só podem ajudar até certo ponto no controle da minha dor e que o resto depende de mim.	0,58 (0,39-0,72)	2,05	--
	i28. Estive pensando se existe alguma coisa que eu poderia fazer para lidar melhor com minha dor.	0,62 (0,45-0,74)	1,58	--
Escore total		0,72 (0,60-0,81)	1,08	0,78
Ação	i2. Estou desenvolvendo novas formas de lidar com a minha dor.	0,64 (0,47-0,75)	2,05	--
	i6. Comecei a criar estratégias que me ajudam a controlar minha dor.	0,67 (0,52-0,78)	1,97	--

Tabela 5. Valores médios de CCI com IC 95% e α de Cronbach (n=103) das pontuações do PSOCQ considerando a intensidade de dor no momento da avaliação (continua).

Subescala	Itens	CCI (IC 95%)	SDC	α de Cronbach
Ação	i20. Estou recebendo ajuda para aprender algumas estratégias para lidar melhor com a minha dor.	0,71 (0,56-0,80)	2,13	--
	i26. Estou aprendendo a controlar a minha dor sem ajuda médica.	0,60 (0,40-0,72)	2,30	--
	i27. Estou testando algumas formas de controlar melhor minha dor.	0,62 (0,22-0,64)	2,25	--
	i30. Estou aprendendo formas de como controlar minha dor, além de medicamentos ou cirurgia.	0,63 (0,45-0,74)	1,88	--
Escore total		0,81 (0,72-0,84)	1,03	0,77
Manutenção	i3. Aprendi boas estratégias para evitar a interferência da dor na minha vida.	0,67 (0,51-0,77)	2,13	--
	i4. Quando minha dor piora, me vejo automaticamente usando estratégias de enfrentamento que já funcionaram no passado, como um exercício de relaxamento ou uma técnica de distração mental.	0,75 (0,63-0,83)	1,94	--
	i5. Estou usando algumas estratégias que me ajudam a lidar melhor com minha dor no dia a dia.	0,68 (0,53-0,78)	1,94	--
	i10. Uso o que aprendi para ajudar a manter minha dor sob controle.	0,70 (0,54-0,84)	1,88	--
	i13. No momento, estou usando algumas sugestões que as pessoas fizeram sobre como conviver com minha dor.	0,65 (0,48-0,76)	2,05	--
	i17. Adotei estratégias para lidar com minha dor no dia a dia.	0,65 (0,48-0,76)	1,94	--
	i18. Tive muito progresso em lidar com a minha dor.	0,70 (0,54-0,79)	2,02	--
Escore total		0,82 (0,72-0,84)	1,05	0,82

PSOCQ = Pain Stages of Change Coping Questionnaire; i = Item; CCI = coeficiente de correlação intraclasse; IC = intervalo de confiança; SDC = *Smallest Detectable Change*

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Tabela 6. Valores médios de CCI com IC 95% e α de Cronbach (n=109) das pontuações do PSOCQ considerando a intensidade de dor dos últimos 7 dias.

Subescalas	CCI (IC 95%)	SDC	α de Cronbach
Pré-contemplação	0,81 (0,72-0,87)	1,03	0,73
Contemplação	0,74 (0,62-0,82)	1,03	0,78
Ação	0,78 (0,68-0,85)	1,11	0,80
Manutenção	0,85 (0,78-0,90)	1,08	0,84

PSOCQ= *Pain Stages of Change Questionnaire*; CCI = coeficiente de correlação intraclasse; IC = intervalo de confiança; SDC: *Smallest Detectable Change*

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

4.5. TESTE DE HIPÓTESES - VALIDADE DE CONSTRUTO

A **Tabela 7** demonstra os resultados para as correlações entre as quatro subescalas do PSOCQ e os demais instrumentos de comparação. Os escores das subescalas de contemplação

e ação confirmaram a hipótese de correlação positiva e entre 0.3-0.5 ($r=0,40$). Os escores de ação e manutenção demonstraram correlação positiva e $r>0.5$ ($r=0,73$; $p<0,01$) confirmando a hipótese inicialmente levantada (**Tabela 7**). Já a subescala de manutenção confirmou a hipótese pré-estabelecida ($0.3<r<0.5$) e positiva com a subescala de contemplação ($r=0.34$) (**Tabela 7**). E, confirmando as hipóteses levantadas a priori, a subescala pré-contemplação não apresentou correlações significativas com as demais subescalas (r variando de $-0,11$ a $0,03$) (**Tabela 7**).

De forma geral, a subescala pré-contemplação do PSOCQ confirmou 13/18 (72%) das hipóteses descritas a priori (**Tabela 7**). Já para a escala contemplação foram confirmadas 15/18 hipóteses (83%), para a escala ação 17/18 (94%) e para a escala manutenção 15/18 (83%). Dessa forma, apenas a escala de pré-contemplação não confirmou o *cut-off* de 75% das hipóteses descritas a priori serem confirmadas.

Tabela 7. Hipóteses confirmadas para as correlações entre as escalas do PSOCQ-Br e instrumentos comparadores (continua).

	PSOCQ (Pré-contemplação)	PSOCQ (Contemplação)	PSOCQ (Ação)	PSOCQ (Manutenção)
PSOCQ (Pré-contemplação)	NA	0,03	- 0,04	- 0,11
PSOCQ (Contemplação)	0,03	NA	0,40**	0,34**
PSOCQ (Ação)	- 0,04	0,40**	NA	0,73**
PSOCQ (Manutenção)	- 0,11	0,34**	0,73**	NA
ODI	0,21**	0,10	- 0,10	- 0,11
GAD-7	0,17*	0,08	- 0,10	- 0,14
PHQ-9	0,20*	0,13	- 0,11	- 0,20*
TSK (Evitando atividade)	0,42**	0,11	- 0,01	- 0,07
TSK (Foco somático)	0,50**	- 0,08	- 0,13	- 0,16**
TSK (Escore total)	0,52**	0,18	- 0,08	- 0,13
PCS (Desesperança)	0,45**	0,10	- 0,05	- 0,10
PCS (Amplificação)	0,38**	0,05	- 0,08	- 0,07
PCS (Ruminação)	0,33**	0,02	- 0,07	- 0,14
PCS (Escore total)	0,43**	0,07	- 0,07	- 0,11
PSEQ	- 0,43**	0,04	0,22**	0,25**
SOPA (Cura médica)	- 0,07	- 0,20**	- 0,04	0,02
SOPA (Controle)	- 0,13	0,34**	0,30**	0,31**

Tabela 7. Hipóteses confirmadas para as correlações entre as escalas do PSOCQ-Br e instrumentos comparadores (conclusão).

	PSOCQ (Pré-contemplação)	PSOCQ (Contemplação)	PSOCQ (Ação)	PSOCQ (Manutenção)
SOPA (Dano físico)	0,30**	- 0,10	- 0,22**	- 0,35**
SOPA (Medicação)	0,38**	- 0,07	- 0,11	- 0,18*
Hipóteses confirmadas	13/18 (72%)	15/18 (83%)	17/18 (94%)	15/18 (83%)

PSOCQ = Pain Stages of Change Questionnaire; SOPA= Survey of Pain Attitudes; TSK = Tampa Scale of Kinesiophobia; B-PCS = Brazillian - Pain Catastrophizing Scale; PSEQ = Pain Self-efficacy Questionnaire; END= Escala Numérica de Dor; ODI = Oswestry Disability Index; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; NA = Não se aplica;
Valores em negrito = hipóteses confirmadas

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

5. DISCUSSÃO

Na ausência de um questionário em português brasileiro com níveis aceitáveis de confiabilidade e validade para avaliar a prontidão para adotar uma abordagem de autogerenciamento para manejo da dor, este estudo teve como objetivo adaptar transculturalmente o PSOCQ para a população brasileira e verificar suas propriedades de medida em participantes com DLC inespecífica. Com base nos resultados, o PSOCQ-Br possui equivalência idiomática e semântica com a versão original em inglês e esse processo foi conduzido em consonância com as diretrizes internacionais para adaptação transcultural de questionários autoadministrados. Além disso, esses resultados mostram que as propriedades de medida do PSOCQ-Br foram adequadas para avaliar a prontidão para mudança em participantes com DLC inespecífica. Os achados primários indicaram: 1. Adequados índices de ajuste para a validade estrutural para o PSOCQ-Br com quatro subescalas (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção); 2. Confiabilidade e consistência interna aceitáveis para as subescalas do PSOCQ e 3. Teste de hipóteses para validade de construto para cada subescala do PSOCQ foram em grande parte apoiadas, com exceção da subescala “pré-contemplação”, que confirmou 72% das hipóteses previamente estabelecidas.

Como na versão italiana, durante a CFA, foram necessários ajustes no modelo, com a inclusão de cinco covariâncias residuais entre erros dos itens, sendo uma na subescala Pré-contemplação e quatro na subescala Ação, o que possibilitou um melhor ajuste do modelo

(MONTICONE *et al.*, 2014). De maneira similar, a versão japonesa também precisou da adição de covariâncias entre erros para melhorar a adequação do modelo (ADACHI *et al.*, 2019), porém esse procedimento também foi realizado entre erros de itens pertencentes a diferentes subescalas, o que compromete a capacidade discriminativa e sugere sobreposição entre os construtos teóricos (SCHREIBER *et al.*, 2024). No presente estudo, alguns itens apresentaram cargas fatoriais baixas ($<0,30$), como na subescala pré-contemplação e manutenção. Apesar dos autores não especificarem o motivo, na versão italiana, o item 19 foi excluído do modelo. Entretanto, a estrutura original com 30 itens da versão em português brasileiro do PSOCQ-Br foi mantida por considerar índices de ajuste adequados no modelo, já que para o COSMIN o *cut-off* $>0,30$ para cargas fatoriais dos itens é um critério de qualidade de propriedade de medida apenas utilizado no contexto da análise fatorial exploratória (MOKKINK *et al.*, 2024).

Modelos diferentes testados, como os de três e duas subescalas, verificados na versão japonesa, reforçaram a melhor adequação dos índices de ajuste do modelo de quatro subescalas, dando suporte aos resultados descritos para a versão original e de pesquisas anteriores usando diferentes versões linguísticas do questionário (KERNS *et al.*, 1997; JENSEN *et al.*, 2000; KERNS; HABIB *et al.*, 2004; MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019). Adicionalmente, o uso do método de estimação RDWLS fortalece a robustez dos achados na análise estatística, por ser apropriado para variáveis ordinais.

A consistência interna demonstrou resultados adequados (α de Cronbach $> 0,70$) para as quatro subescalas do PSOCQ-Br, o que é consistente com os resultados de consistência interna relatados pela versão original de Kerns *et al* (1997) (α de Cronbach variou de 0,77 a 0,86) e de outras versões transculturais como a versão italiana (0,91 – 0,93), japonesa (0,72 – 0,80) (MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019). Tais resultados confirmam a inter-relação entre os itens das subescalas do PSOCQ-Br na população com DLC inespecífica.

A confiabilidade teste-reteste foi considerada suficiente para as quatro subescalas do PSOCQ-Br (MOKKINK *et al.*, 2024). Essas descobertas são apoiadas pelos resultados da versão original da escala e das outras versões em diferentes idiomas (KERNS *et al.*, 1997; MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019). Cabe destacar que o presente estudo foi o único estudo que controlou a estabilidade dos participantes através da END sendo avaliada no momento da avaliação e nos últimos 7 dias. Os valores de medida de erro resultantes, conforme determinado pelo SDC, para Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção foram: 0,97, 1,08, 1,03 e 1,05, respectivamente. A medida de erro ajuda pesquisadores e clínicos a julgarem se a mudança no escore do PSOCQ-Br reflete de fato uma mudança no quadro clínico ou se pode ser considerada um erro. Para o COSMIN, o SDC é considerável suficiente quando

o valor obtido é inferior do que a Mínima Mudança Clinicamente Importante - *Minimal Important Change* (MIC). A MIC, por sua vez, é frequentemente baseada em mudanças percebidas pelos pacientes, avaliadas por meio de uma âncora externa, como a Escala de Percepção Global de Melhora. No entanto, o presente estudo não avaliou a propriedade de medida de responsividade, que é essencial para garantir a capacidade do instrumento de detectar mudanças reais ao longo do tempo. Consequentemente, o valor de corte da MIC, que distingue pacientes que relataram uma melhora importante daqueles que não relataram, não pôde ser calculado conforme recomendado pelo COSMIN. Assim, a medida de erro não pode ser considerada suficiente ou insuficiente, já que a MIC não foi estabelecida. Ademais, até o momento, nenhuma versão transcultural do PSOCQ avaliou a propriedade de responsividade.

Na versão original e em outras versões anteriores, exceto na versão italiana, que corrobora os achados do presente estudo, esses valores não foram descritos. Além disso, o presente estudo utilizou a medida *SEM Agreement* ($\sqrt{(\sigma_r^2 + \sigma_{pr,e})}$) (MOKKINK *et al.*, 2023) para obtenção do erro, o que é considerado mais robusto em termos metodológicos, por considerar a 1) variância entre os pacientes (diferenças reais entre os indivíduos - p), 2) a variância entre o(s) avaliador(es) (diferenças sistemáticas nas avaliações - r) e 3) ao erro residual (variação não explicada pela diferença entre pacientes ou avaliadores, incluindo interações e erros aleatórios - pr,e). Essa abordagem melhora as limitações da fórmula tradicional ($SEM = DP \times \sqrt{(1-CCI)}$) utilizada, por exemplo pela versão italiana, com foco apenas no desvio padrão inicial e no resultado de confiabilidade. Adicionalmente, a falta de descrição do SEM em versões anteriores reforça a relevância da análise detalhada no presente estudo, enfatizando uma melhor interpretação dos resultados.

Contemplação, ação e manutenção confirmaram 83%, 94% e 83% das hipóteses, respectivamente. A única subescala que não confirmou 75% das hipóteses levantadas a priori, critério adotado pela iniciativa COSMIN para determinar a qualidade da propriedade de medida de validade de construto - teste de hipóteses, utilizado no contexto de revisões sistemáticas, porém que tem sido extrapolado para estudos individuais (ELSMAN *et al.*, 2022), foi a Pré-Contemplação, em que 72% das hipóteses foram confirmadas. Uma possível explicação foi o resultado observado entre autoeficácia (PSEQ) e a subescala de pré-contemplação, com valor de correlação negativa de $r=0,43$, ou seja, quanto maior a autoeficácia, menor o escore de pré-contemplação. Isto poderia indicar que a Pré-contemplação pode ser um fator preditor de autoeficácia. Embora essa direção de associação também tenha sido observada em estudos anteriores, como na versão japonesa do instrumento, a magnitude observada na amostra brasileira foi ligeiramente superior, sugerindo uma relação mais expressiva entre essas

variáveis no contexto brasileiros (ADACHI *et al.*, 2019). Entretanto, o estudo do PSOCQ versão japonesa (ADACHI *et al.*, 2019) foi o único a utilizar a PSEQ como instrumento comparador e, dessa forma, são necessários estudos adicionais para um melhor entendimento das relações entre prontidão para mudança e autoeficácia para dor. Outra possível explicação é a amostra, o PSOCQ japonês foi validado em dor crônica musculoesquelética, talvez as relações entre prontidão para mudança e autoeficácia para dor sejam influenciadas pela região acometida pela dor crônica, já que no presente estudo incluímos pacientes com DLC inespecífica. Apesar da subescala de Pré-Contemplação não ter atingido o *cut-off* de confirmação de 75% das hipóteses, o valor de 72% é muito próximo do valor estipulado, e a literatura discute que alguns índices estipulados pelo COSMIN são arbitrários e questionáveis (AGNST, 2011).

Quanto às relações internas do PSOCQ, nossos resultados estão em consonância com os resultados da versão japonesa, já que ambos os estudos verificaram ausência de correlações significativas entre pré-contemplação e as demais subescalas, o que reforça a ideia de que esse estágio reflete uma posição (construto) independente no processo de mudança (ADACHI *et al.*, 2019). Além disso, os participantes nesta fase parecem possuir um perfil psicossocial menos adaptativo para o enfrentamento da dor, como esperado, catastrofização, crenças relacionadas à dor e movimento, baixa autoeficácia em relação à dor, correlacionaram-se mais com comportamentos de pré-contemplação do que com as outras subescalas do PSOCQ-Br, assim como outros estudos (JENSEN *et al.*, 2004; BURNS *et al.*, 2005; CARR *et al.*, 2006). Esses resultados sugerem que, para alcançar melhores resultados com foco na adoção de uma abordagem de auto manejo da dor, as subescalas do PSOCQ-Br podem ser úteis para customizar intervenções específicas para os diferentes estágios de mudança. Assim, pacientes no estágio pré-contemplativo, podem ser beneficiados de programas educacionais mais intensos associados a estratégias de mudança comportamentais ou de exposição a novos comportamentos, auxiliando na mudança de comportamento.

Por outro lado, as outras subescalas demonstram associações crescentes indicando um padrão de evolução gradativo na magnitude de correlação ao se observar as correlações observadas nos estágios iniciais/mais avançados de mudança (contemplação vs. ação, $r=0.40$, e ação vs. manutenção, $r=0.70$). Estudos anteriores também relataram associações fracas entre contemplação e outras variáveis clínicas, indicando esse estágio como uma fase inicial ou neutra, refletindo mais especificamente a intenção de mudança, e não necessariamente associações fortes com comportamentos ou crenças específicos (KERNS *et al.*, 1997; MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019). Dessa forma, os construtos das subescalas

de ação e manutenção parecem representar mais especificamente aspectos relativos à fase de transição para a mudança propriamente dita e demonstram maior associação com comportamentos adaptativos como autoeficácia. Nesse sentido foram observadas correlações positivas gradativamente maiores entre as subescalas de ação/manutenção e autoeficácia, apesar de fracas ($r < 0.30$), e ao mesmo tempo correlações negativas ou fracas gradativamente piores com fatores disfuncionais, como catastrofização e crenças sobre dor (SOPA). Todos esses achados reforçam resultados previamente descritos na literatura (MONTICONE *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019) e destacam a consistência nas relações observadas entre as subescalas do PSOCQ-Br e os construtos avaliados na literatura.

Finalmente, algumas limitações do estudo atual devem ser reconhecidas. Primeiro, os estudos das adaptações do PSOCQ para outros idiomas, incluindo a versão original, consideraram amostras maiores ($n > 200$) (DIJKSTRA *et al.*, 2001; MAURISCHAT *et al.*, 2002; MONTICONE *et al.*, 2014; RØE C *et al.*, 2014; ADACHI *et al.*, 2019) quando comparado ao tamanho amostral considerado no presente estudo. No entanto, o tamanho amostral do presente estudo atendeu a recomendação do *risk of bias* COSMIN (30 itens x 5 = $n = 150$), que classifica como adequado, para validade estrutural, um tamanho de amostra de pelo menos 5 vezes o número de itens e ≥ 100 . Além disso, a maior parte das propriedades de medida demonstraram resultados aceitáveis o que reforça a tese de que o tamanho amostral pode ser considerado adequado. Segundo, a amostra foi restrita à população de DLC inespecífica e precisamos ter cautela ao extrapolar os resultados obtidos em nosso estudo para condições musculoesqueléticas, em outros segmentos tais como dor no pescoço, ombro ou joelhos. A maior parte dos estudos consideraram como população alvo condições de dor crônica musculoesquelética em geral (DIJKSTRA *et al.*, 2001; MAURISCHAT *et al.*, 2002; ADACHI *et al.*, 2019), exceto a versão italiana (MONTICONE *et al.*, 2014), que optou por DLC, assim como esse presente estudo. Terceiro, a responsividade e a medida de mínima mudança importante não foram testadas, devido as dificuldades inerentes a estudos longitudinais. Para a responsividade, sugerimos que futuros estudos verifiquem a capacidade do PSOCQ de detectar mudanças pré e pós-intervenção para adoção de um estilo de vida mais ativo em participantes sedentários e com alto escore no estágio de pré-contemplação.

6. CONCLUSÕES

As 4 subescalas do PSOCQ-Br apresentaram adequadas validade estrutural, confiabilidade e consistência interna. Para a validade de construto, as escalas contemplação,

ação e manutenção demonstraram resultados adequados, enquanto que a subescala de pré-contemplação não confirmou 75% das hipóteses descritas a priori. Assim, de forma geral, os achados apoiam o uso do PSOCQ-Br para avaliação da prontidão para a mudança na população brasileira em participantes com DLC inespecífica.

7. REFERÊNCIAS

- ADACHI, Tomonori et al. Japanese cross-cultural validation study of the Pain Stage of Change Questionnaire. **Pain reports**, v. 4, n. 2, p. e711, 2019.
- AGUIAR, Débora Pinheiro et al. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **BrJP**, v. 4, p. 257-267, 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061–3068, 2011.
- ANDRÉ, Nathalie; GROUSSET, Marine; AUDIFFREN, Michel. A Behavioral Perspective for Improving Exercise Adherence. **Sports Medicine-Open**, v. 10, n. 1, p. 56, 2024.
- ANGST, FELIX. The New Cosmin Guidelines Confront Traditional Concepts Of Responsiveness. **Bmc Medical Research Methodology**, V. 11, N. 1, P. 152, 2011.
- ASHAR, Yoni K. et al. Effect of pain reprocessing therapy vs placebo and usual care for patients with chronic back pain: a randomized clinical trial. **JAMA psychiatry**, v. 79, n. 1, p. 13-23, 2022.
- AVILA, Leonardo et al. Effectiveness of Cognitive Functional Therapy Versus Core Exercises and Manual Therapy in Patients With Chronic Low Back Pain After Spinal Surgery: **Randomized Controlled Trial. Physical Therapy**, v. 104, n. 1, p. pzad105, 2024.
- BAGG, Matthew K. et al. Effect of graded sensorimotor retraining on pain intensity in patients with chronic low back pain: a randomized clinical trial. **Jama**, v. 328, n. 5, p. 430-439, 2022.
- BEATON, D. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v.25, n.24, p.3186-3191, 2000.
- BECKER, Annette et al. Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: a cluster randomized controlled trial. 2008.
- BEHLING, O.; LAW, K. S. **Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions**. Thousand Oaks: Sage, 2000.
- BEINART NA, GOODCHILD CE, WEINMAN JA, AYIS S, GODFREY EL. Individual And Intervention-Related Factors Associated With Adherence To Home Exercise In Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. **SPINE J**. 2013;13(12):1940-1950.
- BEKKERING, Geertruida E. et al. Dutch physiotherapy guidelines for low back pain. **Physiotherapy**, v. 89, n. 2, p. 82-96, 2003.
- BILLER, NIKOLA ET AL. Predicting Completion Of A Cognitive-Behavioral Pain Management Program By Initial Measures Of A Chronic Pain Patient's Readiness For Change. **The Clinical Journal Of Pain**, V. 16, N. 4, P. 352-359, 2000.

BOOTH, John et al. Exercise for chronic musculoskeletal pain: a biopsychosocial approach. **Musculoskeletal care**, v. 15, n. 4, p. 413-421, 2017.

BURNS, John W. et al. Stages of change in readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the moderating role of early-treatment stage progression in predicting outcome. **Pain**, v. 115, n. 3, p. 322-331, 2005.

BYRNE, Barbara M. Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. **International journal of testing**, v. 1, n. 1, p. 55-86, 2001.

CARR, Jane L. et al. Is the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) a useful tool for predicting participation in a self-management programme? Further evidence of validity, on a sample of UK pain clinic patients. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 7, p. 1-7, 2006.

CASTRO, Julia et al. Cognitive functional therapy compared with core exercise and manual therapy in patients with chronic low back pain: randomised controlled trial. **Pain**, v. 163, n. 12, p. 2430-2437, 2022.

CHIAROTTO, Alessandro et al. Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of the brief pain inventory in patients with low back pain: a systematic review. **The journal of pain**, v. 20, n. 3, p. 245-263, 2019.

CHIAROTTO, Alessandro et al. Roland-Morris Disability Questionnaire and Oswestry Disability Index: which has better measurement properties for measuring physical functioning in nonspecific low back pain? Systematic review and meta-analysis. **Physical therapy**, v. 96, n. 10, p. 1620-1637, 2016.

CHIAROTTO, Alessandro; KOES, Bart W. Nonspecific low back pain. **New England Journal of Medicine**, v. 386, n. 18, p. 1732-1740, 2022.

CHOU, Roger et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. **Annals of internal medicine**, v. 147, n. 7, p. 478-491, 2007.

COSTA, Diogo et al. Mini-Cog and Mini-Mental State Examination: agreement in a cross-sectional study with an elderly sample. **Dementia and geriatric cognitive disorders**, v. 33, n. 2-3, p. 118-124, 2012.

COSTA, L. O. P. et al. Clinimetric Testing of Three Self-report Outcome Measures for Low Back Pain Patients in Brazil: Which One Is the Best? **Spine**. v.33 n.22, p.2459–2463. 2008.

COSTA, Luciola da C. Menezes et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. **Bmj**, v. 339, 2009.

DE LIRA, Mariana Romano et al. Efficacy of the cognitive functional therapy (CFT) in patients with chronic nonspecific low back pain: a study protocol for a randomized sham-controlled trial. **Trials**, v. 23, n. 1, p. 544, 2022.

DEYO, R. A. et al. Trajectories of symptoms and function in older adults with low back disorders. **Spine**, v. 40, n. 17, p. 1352-1362, 2015.

- DIJKSTRA, Arie et al. Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. **Pain**, v. 90, n. 1-2, p. 37-45, 2001.
- DINEEN-GRIFFIN, Sarah et al. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. **PloS one**, v. 14, n. 8, p. e0220116, 2019.
- DISTEFANO, Christine; MORGAN, Grant B. A comparison of diagonal weighted least squares robust estimation techniques for ordinal data. **Structural Equation Modeling: a multidisciplinary journal**, v. 21, n. 3, p. 425-438, 2014.
- DORFLINGER, Lindsey; KERNS, Robert D.; AUERBACH, Stephen M. Providers' roles in enhancing patients' adherence to pain self management. **Translational behavioral medicine**, v. 3, n. 1, p. 39-46, 2013.
- ELSMAN, E. BM et al. Systematic review on the measurement properties of diabetes-specific patient-reported outcome measures (PROMs) for measuring physical functioning in people with type 2 diabetes. **BMJ Open Diabetes Research and Care**, v. 10, n. 3, p. e002729, 2022.
- FERREIRA, Manuela L. et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet Rheumatology**, v. 5, n. 6, p. e316-e329, 2023.
- FLETCHER, Roland et al. Does readiness to change influence pain-related outcomes after an educational intervention for people with chronic pain? A pragmatic, preliminary study. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 37, n. 5, p. 608-619, 2021.
- FORS, Terese et al. Readiness To Adopt A Self-Management Approach To Pain—Are Profiles Of Subscale Scores On The Pain Stages Of Change Questionnaire Useful?. **European Journal Of Pain**, V. 14, N. 10, P. 1051-1058, 2010.
- GAGNIER, Joel J. et al. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. **Quality of Life Research**, v. 30, p. 2197-2218, 2021.
- GENEEN, Louise J. et al. Physical Activity And Exercise For Chronic Pain In Adults: An Overview Of Cochrane Reviews. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, N. 4, 2017.
- GERSH, Elon; ARNOLD, Carolyn; GIBSON, Stephen J. The Relationship Between The Readiness For Change And Clinical Outcomes In Response To Multidisciplinary Pain Management. **Pain Medicine**, V. 12, N. 1, P. 165-172, 2011.
- GILANYI, Yannick L. et al. Barriers and enablers to exercise adherence in people with nonspecific chronic low back pain: a systematic review of qualitative evidence. **Pain**, p. 10.1097, 2022.
- HAJIHASANI, Abdolhamid et al. The influence of cognitive behavioral therapy on pain, quality of life, and depression in patients receiving physical therapy for chronic low back pain: a systematic review. **Pm&r**, v. 11, n. 2, p. 167-176, 2019.
- HARTVIGSEN, Jan et al. What low back pain is and why we need to pay attention. **The**

Lancet, v. 391, n. 10137, p. 2356-2367, 2018.

HAYDEN, Jill A. et al. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. **Journal of physiotherapy**, v. 67, n. 4, p. 252-262, 2021.

HEAPY, Alicia et al. Intersession coping skill practice mediates the relationship between readiness for self-management treatment and goal accomplishment. **Pain**, v. 118, n. 3, p. 360-368, 2005.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

HO, Emma Kwan-Yee et al. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. **Bmj**, v. 376, 2022.

JACOBS, J. E. Quality of life: what does it mean for general practice? **British Journal of General Practice**, v. 59, n. 568, p. 807-808, 2009.

JAMIR SARDÁ JR, et al. Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: psychometric analysis. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, v. 23, n. 3, p. 185-190, 2007.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; HUGER, R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 31, n. 3, p. 393-400, 1987.

JENSEN, Mark P. et al. Changes in readiness to self-manage pain are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment and pain coping. **Pain**, v. 111, n. 1-2, p. 84-95, 2004.

JENSEN, Mark P. et al. Further evaluation of the pain stages of change questionnaire: is the transtheoretical model of change useful for patients with chronic pain?. **Pain**, v. 86, n. 3, p. 255-264, 2000.

JENSEN, Mark P. et al. Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain. **Pain**, v. 104, n. 3, p. 529-537, 2003.

KERNS, Robert D. et al. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). **Pain**, v. 72, n. 1-2, p. 227-234, 1997.

KERNS, Robert D.; HABIB, Suzanne. A critical review of the pain readiness to change model. **The Journal of Pain**, v. 5, n. 7, p. 357-367, 2004.

KERNS, Robert D.; ROSENBERG, Roberta. Predicting Responses To Self-Management Treatments For Chronic Pain: Application Of The Pain Stages Of Change Model. **Pain**, V. 84, N. 1, P. 49-55, 2000.

KOO, T. K.; LI, M. Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation

coefficients for reliability research. **Journal of chiropractic medicine**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016.

LEEUW, Maaïke et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. **Journal of behavioral medicine**, v. 30, p. 77-94, 2007.

LI, Cheng-Hsien. Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. **Behavior research methods**, v. 48, p. 936-949, 2016.

LIN, Ivan et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. **British journal of sports medicine**, v. 54, n. 2, p. 79-86, 2020.

LÓPEZ-DE-URALDE-VILLANUEVA, Ibai et al. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of graded activity and graded exposure for chronic nonspecific low back pain. **Pain Medicine**, v. 17, n. 1, p. 172-188, 2016.

MAURISCHAT, Carsten et al. Preliminary validation of a German version of pain stages of change questionnaire. **European Journal of Pain**, v. 6, n. 1, p. 43-48, 2002.

MCNEISH, Daniel. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. **Psychological methods**, v. 23, n. 3, p. 412, 2018.

MILLER, R. P.; KORI, S.; TODD, D. The Tampa Scale: a measure of kinesiophobia. **Clin J Pain**, v. 1, p. 51-52, 1991.

MOKKINK L. B. et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. **Medical Research methodology**. v.10, p.22. 2010.

MOKKINK, L. B. et al. COSMIN risk of bias checklist for systematic reviews of patient-reported outcome measures. **Quality of Life Research**, v. 27, p. 1171-1179, 2018.

MOKKINK, L. B. et al. **COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments**. Amsterdam, The Netherlands, p. 1-32, 2019.

MOKKINK, Lidwine B. et al. Studies on Reliability and Measurement Error of Measurements in Medicine—From Design to Statistics Explained for Medical Researchers. **Patient Related Outcome Measures**, p. 193-212, 2023.

MOKKINK, Lidwine B.; ELSMAN, Ellen BM; TERWEE, Caroline B. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures version 2.0. **Quality of Life Research**, v. 33, n. 11, p. 2929-2939, 2024.

MONTICONE, Marco et al. Development of the Italian version of the Pain Stages of Change Questionnaire in patients with chronic low back pain: cross-cultural adaptation, confirmatory factor analysis, reliability and validity. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 37, n. 3, p. 205-211, 2014.

MORENO, A. et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas em psicologia**. São Paulo. Vol. 24,

n. 1 (mar. 2016), p. 367-376, 2016.

MUN, Chung Jung Et Al. Further Examination Of The Pain Stages Of Change Questionnaires Among Chronic Low Back Pain Patients: Long-Term Predictive Validity Of Pretreatment And Posttreatment Change Scores And Stability Of Posttreatment Scores. **The Clinical Journal Of Pain**, V. 35, N. 9, P. 744-752, 2019.

NEVITT, Jonathan; HANCOCK, Gregory R. Performance of bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. **Structural equation modeling**, v. 8, n. 3, p. 353-377, 2001.

NICHOLAS, M. K. **Self-efficacy and chronic pain, in Paper presented at the annual conference of the British Psychological Society**, St. Andrews, Scotland, 1989.

NIELSON, Warren R. et al. Two brief versions of the multidimensional pain readiness to change questionnaire, version 2 (MPRCQ2). **The Clinical journal of pain**, v. 25, n. 1, p. 48-57, 2009.

NÚÑEZ-CORTÉS, Rodrigo et al. Physical inactivity is the most important unhealthy lifestyle factor for pain severity in older adults with pain: A SHARE-based analysis of 27,528 cases from 28 countries. **Musculoskeletal Science and Practice**, p. 103270, 2025.

O'SULLIVAN, Peter B. et al. Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain. **Physical therapy**, v. 98, n. 5, p. 408-423, 2018.

O'SULLIVAN, Peter B. et al. Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain. **Physical therapy**, v. 98, n. 5, p. 408-423, 2018.

OLIVEIRA, Vinicius C. et al. Effectiveness of self-management of low back pain: Systematic review with meta-analysis. **Arthritis care & research**, v. 64, n. 11, p. 1739-1748, 2012.

ORFALE, A. G. et al. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, **Shoulder and Hand Questionnaire**. *Braz J Med Biol Res*, v.38, n.2, p.293-302, 2005.

OSTELO, Raymond WJG et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. **Spine**, v. 33, n. 1, p. 90-94, 2008.

ØVRETVEIT, J. et al. Using patient-reported outcome measurement to improve patient care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 6, p. 874-879, 2017.

OWEN, Patrick J. et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. **British journal of sports medicine**, v. 54, n. 21, p. 1279-1287, 2020.

PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de

Atitudes frente à Dor para a Língua Portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 365-373, 2006.

PONTES-SILVA, André et al. The internal structure of Brazilian versions of disability questionnaires in patients with chronic low back pain: a cross-sectional study. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 60, p. 102587, 2022.

PRINSEN, C. AC et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. **Quality of life research**, v. 27, p. 1147-1157, 2018.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. **Toward a comprehensive model of change. Treating addictive behaviors: Processes of change**, p. 3-27, 1986.

RØE, Cecilie et al. Psychometric properties of the pain stages of change questionnaire as evaluated by Rasch analysis in patients with chronic musculoskeletal pain. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 15, p. 1-9, 2014.

SANTOS, A. A. et al. O teste de Cloze na avaliação da compreensão em leitura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, p. 549-560, 2002.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, p. 1533-1543, 2013.

SCHREIBER, James B. et al. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. **The Journal of educational research**, v. 99, n. 6, p. 323-338, 2006.

SEHN, F. et al. Cross-cultural adaptation and validation of Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. **Pain Medicine**. v.13, n. 1, p. 1425-1435, 2012.

SIQUEIRA, F. B. et al. Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala tampa de cinesiofobia. **Acta Ortop Bras**, v. 15, n. 1, p. 19- 24, 2007.

SPITZER, R. L. et al. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. **Jama**, v. 282, n. 18, p. 1737-1744, 1999.

SPITZER, Robert L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006.

SULLIVAN, Michael JL; BISHOP, Scott R.; PIVIK, Jayne. The pain catastrophizing scale: development and validation. **Psychological assessment**, v. 7, n. 4, p. 524, 1995.

TERWEE, C. B. et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. **Quality of Life Research**, v. 27, p. 1159-1170, 2018.

TURCI, Aline Mendonça et al. WHICH SCALE TO ASSESS PAIN SELF-EFFICACY SHOWS BETTER MEASUREMENT PROPERTIES IN CHRONIC LOW BACK PAIN? A HEAD-TO-HEAD COMPARISON STUDY. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 2024.

VAN MIDDELKOOP, Marienke et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back

pain. **Best practice & research Clinical rheumatology**, v. 24, n. 2, p. 193-204, 2010.

VIBE FERSUM, K. et al. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. **European journal of pain**, v. 17, n. 6, p. 916-928, 2013.

VIGATTO, R.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORREA-FILHO, H. R. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity. **Spine**, v.32, n.4, p.481-486, 2007.

VLAEYEN, Johan WS; LINTON, Steven J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. **Pain**, v. 85, n. 3, p. 317-332, 2000.

VOS, Theo et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020.

YAMADA, Angela Shiratsu et al. Physiotherapeutic treatment associated with the pain neuroscience education for patients with chronic non-specific low back pain-single-blind randomized pilot clinical trial. **Agri: Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayin Organidir= The Journal of the Turkish Society of Algology**, v. 35, n. 3, p. 153-166, 2023.

Zadro JR, Shirley D, Amorim A, Pérez-Riquelme F, Ordoñana JR, Ferreira PH. Are people with chronic low back pain meeting the physical activity guidelines? A co-twin control study. **Spine J.** 2017;17(6):845-854.

ZAJACOVA, A; GROL-PROKOPCZYK, H; ZIMMER, Z. Pain trends among American adults, 2002–2018: patterns, disparities, and correlates. **Demography**, v. 58, n. 2, p. 711-738, 2021.

**Adaptação transcultural para o português brasileiro do Pain Stages of Change
Questionnaire (PSOCQ) – Reunião do Comitê de Especialistas**

LEGENDA:

T1: Tradutor Inglês-português especialista

T2: Tradutor Inglês-português leigo

T12: Síntese das traduções T1 e T2

RT1 e RT2: Retrotradução da versão T12 para o inglês

Co: Consenso dos Especialistas

Título

The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ)	
T1	Questionário Sobre os Estágios de Mudança da Dor (PSOCQ – Brasil)
T2	Questionário Sobre os Estágios de Mudança da Dor (PSOCQ – Brasil)
T12	Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) - Brasil
RT1	Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) - Brazil
RT2	The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) - Brazil
Co	Português: Questionário Sobre os Estágios de Mudança da Dor (PSOCQ – Brasil) Inglês: Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) - Brazil

Instructions 1: This questionnaire is used to help us better understand the way you view your pain problem. Each statement describes how you may feel about this particular problem. Please indicate the extent to which you tend to agree or disagree with each statement. In each example, please make your choice based on how you feel right now, not how you have felt in the past or how you would like to feel.

T1	Este questionário é utilizado para nos ajudar a compreender melhor a forma de como você percebe o seu problema com a dor. Cada afirmação descreve como você pode se sentir em relação a esse problema específico. Por favor indique até que ponto você concorda ou discorda com cada afirmação. Para cada exemplo, por favor, faça sua escolha com base em como você se sente agora, não como se sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.
T2	Este questionário é utilizado para nos ajudar a compreender melhor a forma como você vê o seu problema de dor. Cada afirmação descreve como você pode se sentir em relação a esse problema específico. Indique até que ponto você tende a concordar ou discordar com cada afirmação. Para cada exemplo, por favor, faça sua escolha como base em como você se sente agora, não como se sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.
T12	Este questionário é utilizado para nos ajudar a compreender melhor a forma como você percebe sua dor. Cada afirmação descreve como você pode se sentir em relação a esse problema específico. Indique até que ponto você concorda ou discorda com cada afirmação. Para cada exemplo, por favor, faça uma escolha com base em como você se sente agora, não como se sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.
RT1	This questionnaire is used to help us to better understand how you see your pain. Each statement describes how you feel regarding this particular problem. Indicate to what extent you agree or disagree with each statement. For each example, please, make your choice based on how you feel now, not how you felt in the past or how you would like to feel.
RT2	This questionnaire is used to help us better understand how you perceive your pain. Each statement describes how you might feel about that particular problem. Select to what extent you agree or disagree with each statement. For each example, please make a choice based on how do you feel now, not how you felt in the past or how you would like to feel.
Co	Este questionário é utilizado para nos ajudar a compreender melhor a forma de como você percebe o seu problema com a dor. Cada afirmação descreve como você pode se sentir em relação a esse problema específico. Por favor indique até que ponto você concorda ou discorda com cada afirmação. Para cada exemplo, por favor, faça sua escolha baseada em como você se sente no momento, não em como se sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.

Instructions 2: Circle the response that best describes how much you agree or disagree with each statement	
T1	Circule a resposta que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação
T2	Circule a resposta que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação
T12	Circule a resposta que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação
RT1	Circle the answer that best describes how much you agree or disagree with each statement
RT2	Circle the answer that best describes how much you agree or disagree with each statement
Co	Circule a resposta que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação

Strongly disagree	
T1	Discordo totalmente
T2	Discordo totalmente
T12	Discordo totalmente
RT1	I Totally Disagree
RT2	I Totally Disagree
Co	Discordo totalmente

Disagree	
T1	Discordo
T2	Discordo
T12	Discordo
RT1	I Disagree
RT2	Disagree
Co	Discordo

Undecided or Unsure	
T1	Indeciso ou Não tenho certeza
T2	Indeciso ou Inseguro
T12	Indeciso ou Não tenho Certeza
RT1	Undecided or Not Sure
RT2	Undecided or Not Sure
Co	Indeciso ou Não tenho certeza

Agree	
T1	Concordo
T2	Concordo
T12	Concordo
RT1	Agree
RT2	Agree
Co	Concordo

Strongly Agree	
T1	Concordo totalmente
T2	Concordo plenamente
T12	Concordo totalmente

RT1	I Totally Agree
RT2	I Totally Agree
Co	Concordo totalmente

1. I have been thinking that the way I cope with my pain could improve.	
T1	1. Eu estive pensando que a maneira como eu lido com a minha dor poderia melhorar.
T2	1. Tenho pensado que a forma como lido com a minha dor poderia melhorar.
T12	1. Eu estive pensando que a maneira como eu lido com a minha dor poderia melhorar.
RT1	1. I have been thinking that the way I deal with my pain could improve.
RT2	1. I've been thinking that the way I deal with my pain could get better
Co	1. Estive pensando que a maneira como eu lido com a minha dor poderia melhorar

2. I am developing new ways to cope with my pain.	
T1	2. Eu estou desenvolvendo novas maneiras de enfrentar a minha dor.
T2	2. Estou desenvolvendo novas formas para lidar com a minha dor.
T12	2. Eu estou desenvolvendo novas maneiras de lidar com a minha dor.
RT1	2. I am developing new ways of dealing with my pain.
RT2	2. I am developing new ways to deal with my pain.
Co	2. Estou desenvolvendo novas formas de lidar com a minha dor.

3. I have learned some good ways to keep my pain problem from interfering with my life.	
T1	3. Eu aprendi algumas boas maneiras de evitar meu problema com a dor interfira na minha vida.
T2	3. Aprendi algumas boas maneiras de evitar que meu problema de dor interfira em minha vida
T12	3. Eu aprendi algumas boas estratégias para evitar a interferência da dor na minha vida.
RT1	3. I learned some good strategies to avoid the interference of pain in my life.
RT2	3. I have learned some good strategies to avoid the interference of pain in my life.
Co	3. Aprendi boas estratégias para evitar a interferência da dor na minha vida.

4. When my pain flares up, I find myself automatically using coping strategies that have worked in the past, such as a relaxation exercise or mental distraction technique.	
T1	4. Quando minha dor piora, eu me encontro automaticamente usando estratégias de enfrentamento que já trabalhei no passado, como um exercício de relaxamento ou uma técnica de distração mental.
T2	4. Quando minha dor aumenta, me vejo automaticamente usando estratégias de enfrentamento que funcionaram no passado, tal como exercícios de relaxamento ou técnica de distração mental.
T12	4. Quando minha dor piora, me vejo automaticamente usando estratégias de enfrentamento que já funcionaram no passado, como um exercício de relaxamento ou uma técnica de distração mental.
RT1	4. When my pain gets worse, I see myself automatically using coping strategies that have worked in the past, such as a relaxation exercise or a mental distraction technique.
RT2	4. When my pain gets worse, I automatically find myself coping with strategies that have already worked in the past, such as a relaxation exercise or a mental distraction technique.
Co	4. Quando minha dor piora, me vejo automaticamente usando estratégias de enfrentamento que já funcionaram no passado, como um exercício de relaxamento ou uma técnica de distração mental.

5. I am using some strategies that help me better deal with my pain problem on a daily basis.	
T1	5. Eu estou usando algumas estratégias que me ajudam a lidar melhor com o meu problema com a dor no dia a dia.
T2	5. Estou usando algumas estratégias que me ajudam a lidar melhor com meu problema de dor diariamente.
T12	5. Eu estou usando algumas estratégias que me ajudam a lidar melhor com minha dor no dia a dia.
RT1	5. I am using some strategies that help me better deal with my pain on a daily basis.
RT2	5. I'm using some strategies that help me better deal with my pain on a day-to-day basis
Co	5. Estou usando algumas estratégias que me ajudam a lidar melhor com minha dor no dia a dia.

6. I have started to come up with strategies to help myself control my pain.	
T1	6. Eu comecei a criar estratégias que me ajudam a controlar minha dor.
T2	6. Comecei a criar estratégias para me ajudar a controlar a minha dor.
T12	6. Eu comecei a criar estratégias que me ajudam a controlar minha dor.
RT1	6. I started creating strategies that help me control my pain.
RT2	6. I started creating strategies that help me manage my pain.
Co	6. Comecei a criar estratégias que me ajudam a controlar minha dor.

7. I have recently realized that there is no medical cure for my pain condition, so I want to learn some ways to cope with it.	
T1	7. Eu percebi recentemente que não teria cura médica para minha dor, então eu quero aprender algumas maneiras de enfrentar com isso.
T2	7. Recentemente, percebi que não há cura médica para a minha condição de dor, por isso quero aprender algumas maneiras de lidar com isso.
T12	7. Eu percebi recentemente que minha condição de dor não tem cura, então eu quero aprender algumas estratégias de como lidar com isso.
RT1	7. I recently realized that my pain condition has no cure, so I want to learn some strategies on how to deal with it.
RT2	7. I realized recently that my pain condition has no cure, so I want to learn some strategies on how to deal with it.
Co	7. Percebi recentemente que minha condição de dor não tem cura, então eu quero aprender algumas estratégias de como lidar com isso.

8. Even if my pain doesn't go away, I am ready to start changing how I deal with it.	
T1	8. Mesmo se minha dor não for embora, eu estou preparado para começar a mudar forma de como eu enfrento ela.
T2	8. Mesmo que minha dor não desapareça, estou pronto para começar a mudar a forma como lido com ela.
T1,2	8. Mesmo se minha dor não desaparecer, eu estou preparado para começar a mudar como eu lido com ela.
RT1	8. Even though my pain does not disappear, I am ready to start changing the way I deal with it.
RT2	8. Even if my pain doesn't go away, I'm prepared to start changing how I deal with it.
Co	8. Mesmo que eu continue a sentir dor, estou pronto para começar a lidar com ela.

9. I realize now that it's time for me to come up with a better plan to cope with my pain problem.	
T1	9. Eu percebi agora que está na hora de eu pensar um plano melhor para enfrentar com meu problema com a dor.
T2	9. Percebo agora que é hora de elaborar um plano melhor para lidar com o meu problema de dor.
T12	9. Eu percebo agora que está na hora de eu elaborar um plano melhor para lidar com minha dor.
RT1	9. I realize now that it's time for me to devise a better plan to deal with my pain.
RT2	9. I realize now that it's time for me to come up with a better plan for dealing with my pain.
Co	9. Acabei de perceber que está na hora de elaborar um plano melhor para lidar com minha dor.

10. I use what I have learned to help keep my pain under control.	
T1	10. Eu uso o que aprendi para me ajudar a manter minha dor sob controle.
T2	10. Uso o que aprendi para ajudar a manter minha dor sob controle.
T12	10. Eu uso o que aprendi para me ajudar a manter minha dor sob controle.
RT1	10. I use what I learned to help keep my pain under control.
RT2	10. I use what I've learned to help me keep my pain under control.
Co	10. Uso o que aprendi para ajudar a manter minha dor sob controle.

11. I have tried everything that people have recommended to manage my pain and nothing helps.	
T1	11. Eu tenho tentado de tudo que as pessoas recomendaram para lidar com minha dor e nada ajuda.
T2	11. Eu tentei tudo o que as pessoas recomendaram para controlar minha dor e nada ajudou.
T12	11. Eu tentei de tudo o que as pessoas recomendaram para controlar a minha dor e nada ajudou.
RT1	11. I tried everything people recommended to control my pain and nothing helped.
RT2	11. I tried everything people recommended to control my pain and nothing helped.
Co	11. Tentei tudo o que as pessoas recomendaram para controlar a minha dor e nada ajudou.

12. My pain is a medical problem and I should be dealing with physicians about it.	
T1	12. Minha dor é um problema médico e eu deveria estar lidando com um médico sobre isso.
T2	12. Minha dor é um problema médico e eu deveria conversar com os médicos sobre isso.
T12	12. Minha dor é um problema médico que deveria estar sendo resolvido pelo médico.
RT1	12. My pain is a medical problem that should be solved by the doctor.
RT2	12. My pain is a medical problem that should be being resolved by the doctor.
Co	12. Minha dor é um problema médico que deveria estar sendo resolvido pelos médicos.

13. I am currently using some suggestions people have made about how to live with my pain problem.	
T1	13. Eu estou recorrentemente considerando sugestões que as pessoas tem feito sobre como conviver meu problema com a dor.
T2	13. No momento, estou usando algumas sugestões que as pessoas fizeram sobre como conviver com o meu problema de dor.
T12	13. No momento, estou usando algumas sugestões que as pessoas fizeram sobre como conviver com minha dor.

RT1	13. At the moment, I am using some suggestions that people have made about how to live with my pain.
RT2	13. Right now, I'm using some suggestions people have made on how to live with my pain.
Co	13. No momento, estou usando algumas sugestões que as pessoas fizeram sobre como conviver com minha dor.

14. I am beginning to wonder if I need to get some help to develop skills for dealing with my pain.	
T1	14. Eu estou começando a pensar se eu preciso de alguma ajuda para desenvolver habilidades para lidar com minha dor.
T2	14. Estou começando a me perguntar se preciso de alguma ajuda para desenvolver habilidades para lidar com a minha dor.
T12	14. Eu estou começando a me perguntar se eu preciso de alguma ajuda para desenvolver habilidades para lidar com minha dor.
RT1	14. I started asking myself if I need any help to develop skills to deal with my pain.
RT2	14. I'm starting to wonder if I need any help developing skills to deal with my pain.
Co	14. Estou me questionando se preciso de alguma ajuda para desenvolver habilidades para lidar com a minha dor.

15. I have recently figured out that its up to me to deal better with my pain.	
T1	15. Eu percebi recentemente que depende de mim para lidar melhor com a minha dor.
T2	15. Recentemente, descobri que cabe a mim lidar melhor com a minha dor.
T12	15. Eu descobri recentemente que depende de mim lidar melhor com a minha dor.
RT1	15. I found out recently that it is up to me to better deal with my pain.
RT2	15. I have recently discovered that it is up to me to cope better with my pain.
Co	15. Descobri recentemente que depende de mim lidar melhor com a minha dor.

16. Everybody I speak with tells me that I have to learn to live with my pain, but I don't see why I should have to.	
T1	16. Todo mundo com quem eu falo me diz que eu preciso aprender a conviver com minha dor, mas não vejo por que eu deveria fazer isso.
T2	16. Todas as pessoas com quem converso me dizem que preciso aprender a conviver com a minha dor, mas não vejo por que deveria fazê-lo.
T12	16. Todo mundo com quem eu falo me diz que eu preciso aprender a conviver com minha dor, mas não vejo por que eu deveria fazer isso.
RT1	16. All the people I speak to tell me that I need to learn to live with my pain, but I don't see why I should.
RT2	16. Everyone I talk to tells me that I need to learn to live with my pain, but I don't see why I should do that.
Co	16. Quando falo com as pessoas, elas me dizem que preciso aprender a conviver com minha dor, mas não vejo por que deveria fazer isso.

17. I have incorporated strategies for dealing with my pain into my everyday life.	
T1	17. Eu incorporei estratégias para lidar com minha dor no meu dia a dia.
T2	17. Incorporei estratégias para lidar com a minha dor na minha vida quotidiana.
T12	17. Eu incorporei estratégias sobre como lidar com minha dor no dia a dia.
RT1	17. I have incorporated strategies on how to deal with my pain in everyday life.
RT2	17. I incorporated strategies on how to deal with my pain on a day-to-day basis.
Co	17. Adotei estratégias para lidar com minha dor no dia a dia.

18. I have made a lot of progress in coping with pain.	
T1	18. Eu tenho tido bastante progresso em enfrentar minha dor
T2	18. Fiz muitos progressos lidando com a dor.
T12	18. Eu tenho feito bastante progresso em lidar com minha dor.
RT1	18. I have made a lot of progress in dealing with my pain
RT2	18. I have made a lot of progress in dealing with my pain
Co	18. Tive muito progresso em lidar com a minha dor.

19. I have recently come to the conclusion that it's time for me to change how I cope with my pain.	
T1	19. Eu recentemente cheguei à conclusão de que é a hora de mudar a forma de como eu enfrento minha dor.
T2	19. Recentemente, cheguei à conclusão de que é hora de mudar a forma como lido com a minha dor.
T12	19. Eu recentemente cheguei à conclusão de que é a hora de mudar a forma de como eu lido com a minha dor.
RT1	19. Recently, I came to the conclusion that it is time to change the way I deal with my pain.
RT2	19. I have recently come to the conclusion that it is time to change the way I deal with my pain.
Co	19. Recentemente, cheguei à conclusão de que é hora de mudar a forma como lido com a minha dor.

20. I'm getting help learning some strategies for coping better with my pain.	
T1	20. Eu estou buscando ajuda para aprender algumas estratégias para enfrentar melhor a minha dor.
T2	20. Estou recebendo ajuda para aprender algumas estratégias para lidar melhor com a minha dor.
T12	20. Eu estou recebendo ajuda para aprender algumas estratégias sobre como lidar melhor com a minha dor.
RT1	20. I am getting help with learning some strategies to better deal with my pain.
RT2	20. I am getting help to learn some strategies on how to better deal with my pain.
Co	20. Estou recebendo ajuda para aprender algumas estratégias para lidar melhor com a minha dor.

21. I 'm starting to wonder whether it's up to me to manage my pain rather than relying on physicians.	
T1	21. Eu comecei a pensar se depende de mim lidar com minha dor ao invés de depender de médicos.
T2	21. Estou começando a me perguntar se cabe a mim controlar a minha dor em vez de depender de médicos.
T12	21. Eu estou começando a me perguntar se depende de mim controlar a minha dor ao invés de depender de médicos.
RT1	21. I'm starting to wonder if it's up to me to control my pain instead of relying on doctors.
RT2	21. I'm starting to wonder if it's up to me to manage my pain rather than relying on doctors.
Co	21. Estou começando a me questionar se depende de mim controlar a minha dor em vez de depender de médicos.

22. I still think despite what doctors tell me, there must be some surgical procedure or medication that would get rid of my pain.	
T1	22. Eu ainda penso que, apesar do que os médicos me dizem, deve haver algum procedimento cirúrgico ou medicamento que poderia me livrar da minha dor.
T2	22. Eu ainda acho que, apesar do que os médicos me dizem, deve haver algum procedimento cirúrgico ou medicação que possa aliviar a minha dor.
T12	22. Eu ainda acho que, apesar do que os médicos me dizem, deve haver algum procedimento cirúrgico ou medicamento que poderia me livrar da minha dor.
RT1	22. I still think, despite what doctors tell me, that there must be some surgical procedure or medication that can relieve me from my pain
RT2	22. I still think that despite what doctors tell me, there must be some surgical procedure or medication that could get rid of my pain.
Co	22. Ainda acho que, apesar do que os médicos me dizem, deve haver algum procedimento cirúrgico ou medicamento que poderia acabar com a minha dor.

23. I have been thinking that doctors can only help so much in managing my pain and that the rest is up to me.	
T1	23. Eu estive pensando que os médicos podem ajudar apenas até um certo ponto em controlar minha dor e o resto depende só de mim.
T2	23. Tenho pensado que os médicos só podem ajudar até certo ponto no controle da minha dor e que o resto depende de mim.
T12	23. Eu estive pensando que os médicos só podem ajudar até certo ponto no controle da minha dor e que o resto depende de mim.
RT1	23. I have been thinking that doctors can only help to a certain extent in controlling my pain and that the rest depends on me.
RT2	23. I've been thinking that doctors can only help so much in controlling my pain and that the rest is up to me.
Co	23. Estive pensando que os médicos só podem ajudar até certo ponto no controle da minha dor e que o resto depende de mim.

24. The best thing I can do is to find a doctor who can figure out how to get rid of my pain once and for all.	
T1	24. A melhor coisa que eu posso fazer é encontrar um médico que pode descobrir como me livrar da minha dor de uma vez por todas.
T2	24. A melhor coisa que posso fazer é encontrar um médico que possa descobrir como me livrar da minha dor de uma vez por todas.
T12	24. A melhor coisa que eu posso fazer é encontrar um médico que descubra um jeito de como me livrar da minha dor de uma vez por todas.
RT1	24. The best thing I can do is find a doctor who can figure out how to get rid of my pain once and for all.
RT2	24. The best thing I can do is find a doctor who will figure out a way to get rid of my pain once and for all.
Co	24. A melhor coisa que eu posso fazer é encontrar um médico que descubra como acabar com a minha dor de uma vez por todas.

25. Why can't someone just do something to take away my pain.	
T1	25. Por que ninguém consegue fazer alguma coisa para acabar com minha dor?
T2	25. Por que alguém não pode simplesmente fazer algo para tirar minha dor?
T12	25. Por que ninguém consegue fazer alguma coisa para acabar com minha dor.
RT1	25. Why can't anybody do anything to end my pain?
RT2	25. Why can't nobody do anything to end my pain.
Co	25. Por que alguém não pode simplesmente fazer algo para acabar com minha dor.

26. I am learning to help myself control my pain without doctors.	
T1	26. Eu estou aprendendo me ajudar a controlar minha dor sem os médicos.
T2	26. Estou aprendendo a me ajudar a controlar a minha dor sem médicos
T12	26. Eu estou aprendendo a me ajudar a controlar minha dor sem médicos.
RT1	26. I am teaching myself to control my pain without resorting to doctors
RT2	26. I am learning to help myself manage my pain without doctors.
Co	26. Estou aprendendo a controlar a minha dor sem ajuda médica.

27. I am testing out some coping skills to manage my pain better.	
T1	27. Eu estou testando algumas habilidades de enfrentamento para lidar melhor com minha dor.
T2	27. Estou testando algumas habilidades de enfrentamento para controlar melhor minha dor.
T12	27. Eu estou testando algumas habilidades de enfrentamento para controlar melhor minha dor.
RT1	27. I am testing some coping skills to better control my pain.
RT2	27. I'm trying out some coping skills to better manage my pain.
Co	27. Estou testando algumas formas de controlar melhor minha dor.

28. I have been wondering if there is something I could do to manage my pain better.	
T1	28. Eu estive pensando se existe alguma coisa que eu poderia fazer para lidar melhor com minha dor.
T2	28. Tenho me perguntado se há algo que eu possa fazer para controlar melhor minha dor.
T12	28. Eu tenho me perguntado se existe alguma coisa que eu poderia fazer para lidar melhor com minha dor.
RT1	28. I have been wondering if there is something I could do to better deal with my pain.
RT2	28. I have been wondering if there is anything I could do to better deal with my pain
Co	28. Estive pensando se existe alguma coisa que eu poderia fazer para lidar melhor com minha dor.

29. All of this talk about how to cope better is a waste of time.	
T1	29. Toda essa conversa sobre como enfrentar melhor a dor é uma perda de tempo.
T2	29. Toda essa conversa sobre como lidar melhor é uma perda de tempo.
T12	29. Toda essa conversa sobre como lidar melhor com a minha dor é uma perda de tempo.
RT1	29. All this talk about how to deal better with my pain is a waste of time.
RT2	29. All this talk about how to better deal with my pain is a waste of time.
Co	29. Toda essa conversa sobre como lidar melhor com a minha dor é uma perda de tempo.

30. I am learning ways to control my pain other than with medications or surgery.	
T1	30. Estou aprendendo maneiras de melhor controlar minha dor que não seja com medicamentos ou cirurgia.
T2	30. Estou aprendendo maneiras de controlar minha dor, além de medicamento ou cirurgia.
T12	30. Estou aprendendo maneiras de como controlar minha dor, além de medicamentos ou cirurgia.
RT1	30. I am learning different ways of controlling my pain, as well as medications or surgery.
RT2	30. I am learning ways on how to control my pain, other than medication or surgery.
Co	30. Estou aprendendo formas de como controlar minha dor, além de medicamentos ou cirurgia.

APÊNDICE II – PSOCQ-BRASIL

Questionário Sobre os Estágios de Mudança da Dor (PSOCQ) - Brasil

Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) – Brazil

Este questionário é utilizado para nos ajudar a compreender melhor a forma de como você percebe o seu problema com a dor. Cada afirmação descreve como você pode se sentir em relação a esse problema específico. Por favor indique até que ponto você concorda ou discorda com cada afirmação. Para cada exemplo, por favor, faça sua escolha baseada em como você se sente no momento, não em como se sentiu no passado ou como gostaria de se sentir

CIRCULE A RESPOSTA QUE MELHOR DESCREVE O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DE CADA AFIRMAÇÃO	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso ou Não tenho Certeza	Concordo	Concordo Totalmente
1. Estive pensando que a maneira como eu lido com a minha dor poderia melhorar.	1	2	3	4	5
2. Estou desenvolvendo novas formas de lidar com a minha dor.	1	2	3	4	5
3. Aprendi boas estratégias para evitar a interferência da dor na minha vida.	1	2	3	4	5
4. Quando minha dor piora, me vejo automaticamente usando estratégias de enfrentamento que já funcionaram no passado, como um exercício de relaxamento ou uma técnica de distração mental.	1	2	3	4	5
5. Estou usando algumas estratégias que me ajudam a lidar melhor com minha dor no dia a dia.	1	2	3	4	5
6. Comecei a criar estratégias que me ajudam a controlar minha dor.	1	2	3	4	5
7. Percebi recentemente que minha condição de dor não tem cura, então eu quero aprender algumas estratégias de como lidar com isso.	1	2	3	4	5
8. Mesmo que eu continue a sentir dor, estou pronto para começar a lidar com ela.	1	2	3	4	5
9. Acabei de perceber que está na hora de elaborar um plano melhor para lidar com minha dor.	1	2	3	4	5

	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso ou Não tenho Certeza	Concordo	Concordo Totalmente
10. Uso o que aprendi para ajudar a manter minha dor sob controle.	1	2	3	4	5
11. Tentei tudo o que as pessoas recomendaram para controlar a minha dor e nada ajudou.	1	2	3	4	5
12. Minha dor é um problema médico que deveria estar sendo resolvido pelos médicos.	1	2	3	4	5
13. No momento, estou usando algumas sugestões que as pessoas fizeram sobre como conviver com minha dor.	1	2	3	4	5
14. Estou me questionando se preciso de alguma ajuda para desenvolver habilidades para lidar com a minha dor.	1	2	3	4	5
15. Descobri recentemente que depende de mim lidar melhor com a minha dor.	1	2	3	4	5
16. Quando falo com as pessoas, elas me dizem que preciso aprender a conviver com minha dor, mas não vejo por que deveria fazer isso.	1	2	3	4	5
17. Adotei estratégias para lidar com minha dor no dia a dia.	1	2	3	4	5
18. Tive muito progresso em lidar com a minha dor.	1	2	3	4	5
19. Recentemente, cheguei à conclusão de que é hora de mudar a forma como lido com a minha dor.	1	2	3	4	5
20. Estou recebendo ajuda para aprender algumas estratégias para lidar melhor com a minha dor.	1	2	3	4	5

	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso ou Não tenho Certeza	Concordo	Concordo Totalmente
21. Estou começando a me questionar se depende de mim controlar a minha dor em vez de depender de médicos.	1	2	3	4	5
22. Ainda acho que, apesar do que os médicos me dizem, deve haver algum procedimento cirúrgico ou medicamento que poderia acabar com a minha dor.	1	2	3	4	5
23. Estive pensando que os médicos só podem ajudar até certo ponto no controle da minha dor e que o resto depende de mim.	1	2	3	4	5
24. A melhor coisa que eu posso fazer é encontrar um médico que descubra como acabar com a minha dor de uma vez por todas.	1	2	3	4	5
25. Por que alguém não pode simplesmente fazer algo para acabar com minha dor.	1	2	3	4	5
26. Estou aprendendo a controlar a minha dor sem ajuda médica.	1	2	3	4	5
27. Estou testando algumas formas de controlar melhor minha dor.	1	2	3	4	5
28. Estive pensando se existe alguma coisa que eu poderia fazer para lidar melhor com minha dor.	1	2	3	4	5
29. Toda essa conversa sobre como lidar melhor com a minha dor é uma perda de tempo.	1	2	3	4	5
30. Estou aprendendo formas de como controlar minha dor, além de medicamentos ou cirurgia.	1	2	3	4	5

APÊNDICE III – ENTREVISTA COGNITIVA

Roteiro de Entrevista Cognitiva – PSOCQ

Nome do paciente: _____ Data: ____/____/____

Tempo de aplicação da ferramenta: _____

1. Você conseguiu **compreender** os enunciados de todos os itens do questionário? Se não, por favor, marque com um X o quadrado correspondente à questão (ou questões) não compreendida(s). Você tem alguma sugestão para tornar as questões do questionário mais fáceis de serem entendidas?

Sugestões para melhorar compreensão			
01		16	
02		17	
03		18	
04		19	
05		20	
06		21	
07		22	
08		23	
09		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

2. Na sua opinião, existe algum item que **não seja relevante** para o entendimento de sua prontidão para adotar um plano de autogerenciamento da dor. e por quê – aponte na tabela abaixo.

Não acho que seja relevante para a minha condição			
01		16	
02		17	
03		18	
04		19	
05		20	
06		21	
07		22	

08		23	
09		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

3. Você *compreendeu* as opções de resposta foram claras para responder ao item solicitado?
Em caso de resposta negativa, por favor, sugira opções.

4. Você tem alguma sugestão para a *mudança do layout* (estrutura/organização) desse questionário?

5. Sobre os itens do questionário, você acredita que faltou algum item que você entenda que seja importante de ser considerado para avaliar sua *prontidão para adotar um plano de autogerenciamento da dor*? Você gostaria de sugerir a inclusão de algum item?

6. Você *compreendeu* as instruções do PSOCQ? Você gostaria de fazer alguma sugestão?

ANEXO I – TESTE CLOZE

O texto a seguir terá alguns espaços em branco. Complete os espaços com as palavras que estão fora de ordem na caixa abaixo e que você acredita que sejam as mais adequadas.

O – ERA – DO – AMOR – CAIXINHA – MISTERIOSO – FICOU
PRINCESA – DE – LÁ – ELA – QUE – E – A – UM

A PRINCESA E O FANTASMA

Acácia A. Angeli dos Santos

Era uma vez uma princesa que vivia muito infeliz em seu palácio. Ela era apaixonada por _____ fantasma que vivia escondido _____.

Um dia chegou um _____ estrangeiro e disse à _____ que o seu fantasma _____ um príncipe enfeitiçado.

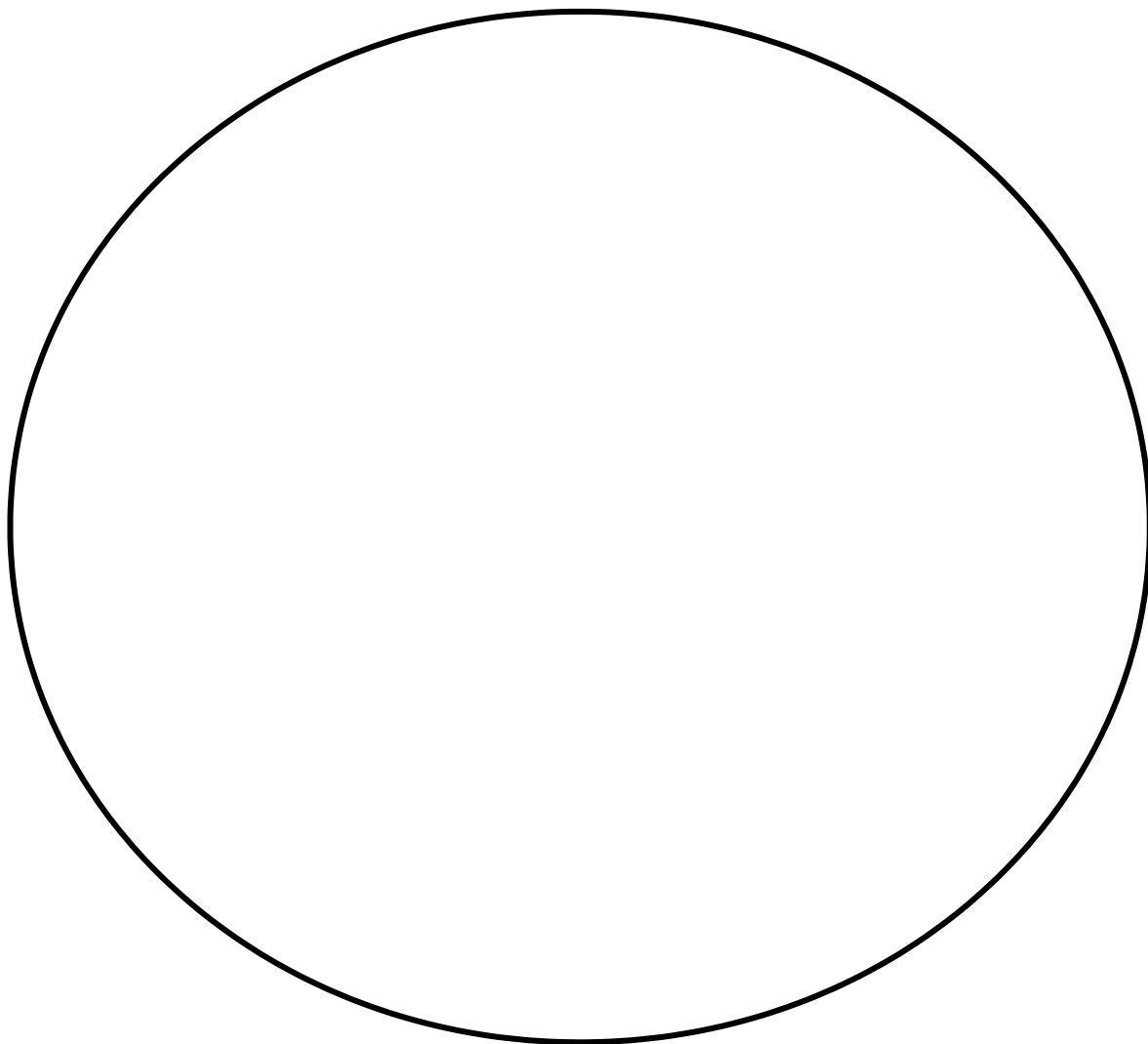
A _____ suspirou de alívio e _____ pensando em uma maneira _____ tirar aquele feitiço.

Achou _____ se o fantasma soubesse _____ seu amor por ele, _____ feitiço desapareceria.

Acreditando nisso, _____ princesa armou um plano _____ prendeu o fantasma numa _____ de música. Declarou seu _____ a ele e, ao abrir a caixinha, o som da música se transformou num príncipe maravilhoso.

ANEXO II – MINI-COG

ADMINISTRAÇÃO	INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS																								
<p>1. Obter a atenção do doente. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir três tentativas ao doente e em seguida ir para o próximo item. • As seguintes listas de palavras foram validadas num estudo clínico:¹⁻³ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Versão 1</td> <td style="text-align: center;">Versão 3</td> <td style="text-align: center;">Versão 5</td> </tr> <tr> <td>• Banana</td> <td>• Vila</td> <td>• Capitão</td> </tr> <tr> <td>• Nascer do sol</td> <td>• Cozinha</td> <td>• Jardim</td> </tr> <tr> <td>• Cadeira</td> <td>• Bebê</td> <td>• Fotografia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Versão 2</td> <td style="text-align: center;">Versão 4</td> <td style="text-align: center;">Versão 6</td> </tr> <tr> <td>• Filha</td> <td>• Rio</td> <td>• Lider</td> </tr> <tr> <td>• Paraíso</td> <td>• Nação</td> <td>• Estação do ano</td> </tr> <tr> <td>• Montanha</td> <td>• Dedo</td> <td>• Mesa</td> </tr> </table>	Versão 1	Versão 3	Versão 5	• Banana	• Vila	• Capitão	• Nascer do sol	• Cozinha	• Jardim	• Cadeira	• Bebê	• Fotografia	Versão 2	Versão 4	Versão 6	• Filha	• Rio	• Lider	• Paraíso	• Nação	• Estação do ano	• Montanha	• Dedo	• Mesa
Versão 1	Versão 3	Versão 5																							
• Banana	• Vila	• Capitão																							
• Nascer do sol	• Cozinha	• Jardim																							
• Cadeira	• Bebê	• Fotografia																							
Versão 2	Versão 4	Versão 6																							
• Filha	• Rio	• Lider																							
• Paraíso	• Nação	• Estação do ano																							
• Montanha	• Dedo	• Mesa																							
<p>2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser usada uma folha de papel em branco ou um círculo pré-impreso no verso. • A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2 (ou o 4 e 8). • Estes dois horários específicos são mais sensíveis que outros. • Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o doente. • Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal. • Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao fim de três minutos. 																								
<p>3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras do passo 1.</p>	<p>Pedir ao doente para recordar-se das três palavras que lhe apontamos no passo 1.</p>																								

Mini-Cog – Teste do Relógio

ANEXO III– SURVEY OF PAIN ATTITUDES (SOPA)

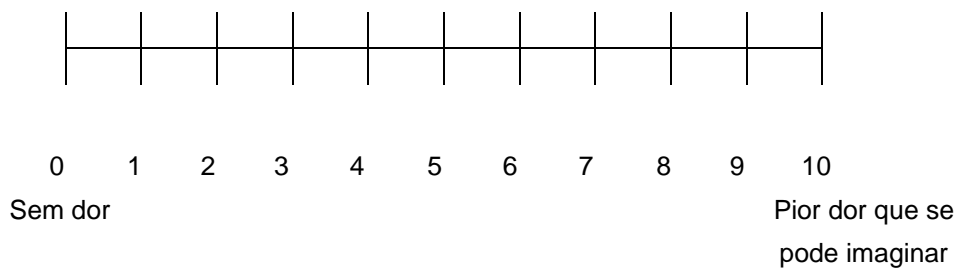
		Totalmente falso	Quase falso	Nem verdadeiro nem falso	Quase verdadeiro	Totalmente verdadeiro
1.	Muitas vezes eu consigo influenciar a intensidade da dor que sinto.	0	1	2	3	4
2.	Provavelmente eu sempre terei que tomar medicamentos para dor.	0	1	2	3	4
3.	Sempre que eu sinto dor eu quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
4.	Eu não espero cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
5.	O maior alívio da dor que eu tive foi com uso de medicamentos.	0	1	2	3	4
6.	A ansiedade aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
7.	Sempre que eu sinto dor as pessoas devem me tratar com cuidado e preocupação.	0	1	2	3	4
8.	Eu desisti de buscar a completa eliminação da minha dor através do trabalho da medicina.	0	1	2	3	4
9.	É responsabilidade daqueles que me amam ajudarem-me quando eu sentir dor.	0	1	2	3	4
10.	O estresse na minha vida aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4

		Totalmente falso	Quase falso	Nem verdadeiro nem falso	Quase verdadeiro	Totalmente verdadeiro
11.	Exercício e movimento são bons para o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
12.	Concentrando-me ou relaxando-me consigo diminuir minha dor.	0	1	2	3	4
13.	Remédio é um dos melhores tratamentos para dor crônica.	0	1	2	3	4
14.	A minha família precisa aprender a cuidar melhor de mim quando eu estiver com dor.	0	1	2	3	4
15.	A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
16.	Se eu me exercitasse poderia piorar ainda mais o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
17.	Eu acredito poder controlar a dor que sinto mudando meus pensamentos.	0	1	2	3	4
18.	Muitas vezes quando eu estou com dor eu preciso de mais carinho do que estou recebendo agora.	0	1	2	3	4
19.	Alguma coisa está errada com o meu corpo que impede muito movimento ou exercício.	0	1	2	3	4
20.	Eu aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4

		Totalmente falso	Quase falso	Nem verdadeiro nem falso	Quase verdadeiro	Totalmente verdadeiro
21.	Eu confio que a medicina pode curar a minha dor.	0	1	2	3	4
22.	Eu sei com certeza que posso aprender a lidar com a minha dor.	0	1	2	3	4
23.	A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
24.	A minha dor física não será curada.	0	1	2	3	4
25.	Há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor.	0	1	2	3	4
26.	Eu posso fazer quase tudo tão bem quanto eu podia antes de ter o problema da dor.	0	1	2	3	4
27.	O exercício pode diminuir a intensidade da dor que eu sinto.	0	1	2	3	4
28.	Se eu não fizer exercícios regularmente o problema da minha dor continuará a piorar.	0	1	2	3	4
29.	Estou convencido de que não há procedimento médico que ajude a minha dor.	0	1	2	3	4
30.	A dor que sinto impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

ANEXO IV– ESCALA NUMÉRICA DE DOR (END)

Escolha um número que melhor descreva a sua intensidade de dor:



ANEXO V – ÍNDICE DE INCAPACIDADE OSWESTRY (ODI)

Por favor, responda esse questionário. Ele foi desenvolvido para dar-nos informações sobre como seu problema nas costas ou pernas tem afetado a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. Por favor, responda a todas as seções. ASSINALE EM CADA UMA DELAS APENAS A RESPOSTA QUE MAIS CLARAMENTE DESCREVE A SUA CONDIÇÃO NO DIA DE HOJE.

Seção 1 – Intensidade da Dor

- [0] Não sinto dor no momento.
- [1] A dor é muito leve no momento.
- [2] A dor é moderada no momento.
- [3] A dor é razoavelmente intensa no momento.
- [4] A dor é muito intensa no momento.
- [5] A dor é a pior que se pode imaginar no momento.

Seção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)

- [0] Posso cuidar de mim mesmo normalmente sem que isso aumente a dor.
- [1] Posso cuidar de mim mesmo normalmente, mas sinto muita dor.
- [2] Sinto dor ao cuidar de mim mesmo e faço isso lentamente e com cuidado.
- [3] Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- [4] Necessito de ajuda diária na maioria dos aspectos de meus cuidados pessoais.
- [5] Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.

Seção 3 – Levantar Objetos

- [0] Consigo levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- [1] Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.
- [2] A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.
- [3] A dor me impede de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.
- [4] Consigo levantar apenas objetos muito leves.
- [5] Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

Seção 4 – Caminhar

- [0] A dor não me impede de caminhar qualquer distância.
- [1] A dor me impede de caminhar mais de 1.600 metros (aproximadamente 16 quarteirões de 100 metros).
- [2] A dor me impede de caminhar mais de 800 metros (aproximadamente 8 quarteirões de 100 metros).
- [3] A dor me impede de caminhar mais de 400 metros (aproximadamente 4 quarteirões de 100 metros).
- [4] Só consigo andar usando uma bengala ou muletas.
- [5] Fico na cama a maior parte do tempo e preciso me arrastar para ir ao banheiro.

Seção 5 – Sentar

- [0] Consigo sentar em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que quiser.
- [1] Consigo sentar em uma cadeira confortável durante o tempo que quiser.
- [2] A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora.
- [3] A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora.
- [4] A dor me impede de ficar sentado por mais de 10 minutos.
- [5] A dor me impede de sentar.

Seção 6 – Ficar em Pé

- [0] Consigo ficar em pé o tempo que quiser sem aumentar a dor.
- [1] Consigo ficar em pé durante o tempo que quiser, mas isso aumenta a dor.
- [2] A dor me impede de ficar em pé por mais de 1 hora.
- [3] A dor me impede de ficar em pé por mais de meia hora.
- [4] A dor me impede de ficar em pé por mais de 10 minutos.
- [5] A dor me impede de ficar em pé.

Seção 7 – Dormir

- [0] Meu sono nunca é perturbado pela dor.
- [1] Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
- [2] Durmo menos de 6 horas por causa da dor.
- [3] Durmo menos de 4 horas por causa da dor.
- [4] Durmo menos de 2 horas por causa da dor.
- [5] A dor me impede totalmente de dormir.

Seção 8 – Vida Sexual

- [0] Minha vida sexual é normal e não aumenta minha dor.
- [1] Minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.
- [2] Minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.
- [3] Minha vida sexual é severamente limitada pela dor.
- [4] Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.
- [5] A dor me impede de ter uma vida sexual.

Seção 9 – Vida Social

- [0] Minha vida social é normal e não aumenta a dor.
- [1] Minha vida social é normal, mas aumenta a dor.
- [2] A dor não tem nenhum efeito significativo na minha vida social, porém limita alguns interesses que demandam mais energia, como por exemplo, esporte, etc.
- [3] A dor tem restringido minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
- [4] A dor tem restringido minha vida social ao meu lar.
- [5] Não tenho vida social por causa da dor.

Seção 10 – Locomoção (ônibus/carro/taxi)

- [0] Posso ir a qualquer lugar sem sentir dor.
- [1] Posso ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor.
- [2] A dor é intensa, mas consigo me locomover durante 2 horas.
- [3] A dor restringe-me a locomoções de menos de 1 hora.
- [4] A dor restringe-me a pequenas locomoções necessárias de menos de 30 minutos.
- [5] A dor impede de locomover-me, exceto para receber tratamento.

ANEXO VI– TAMPA SCALE FOR KINESIOPHOBIA (TSK)

Para cada afirmativa, por favor, indique um número de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa.

Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e, a partir daí, se totalmente ou parcialmente.

		Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1.	Tenho medo de me machucar, se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2.	Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3.	Meu corpo está dizendo que alguma coisa muito errada está acontecendo comigo.	1	2	3	4
4.	Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercícios.	1	2	3	4
5.	As pessoas não estão levando minha condição médica a sério.	1	2	3	4
6.	A lesão colocou meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7.	A dor sempre significa que o meu corpo está machucado.	1	2	3	4
8.	Só porque alguma coisa piora a minha dor, não significa que essa coisa é perigosa.	1	2	3	4
9.	Tenho medo de que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10.	A atitude mais segura que posso tomar para prevenir a piora da minha dor é, simplesmente, ser cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário.	1	2	3	4
11.	11. Eu não teria tanta dor se algo realmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo	1	2	3	4
12.	12. Embora eu sinta dor, estaria melhor se estivesse ativo fisicamente	1	2	3	4
13.	13. A dor me avisa quando devo parar o exercício para eu não me machucar.	1	2	3	4
14.	14. Não é realmente seguro para uma pessoa, com problemas iguais aos meus, ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15.	15. Não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, pois me machuco facilmente.	1	2	3	4
16.	16. Embora alguma coisa me provoque muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17.	Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

ANEXO VII– PAIN SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE (PSEQ)

Por favor, indique o quanto confiante você está neste momento em poder fazer as seguintes coisas apesar da sua dor. Para indicar sua resposta, circule um número em cada questão, considerando que (0) indica nem um pouco confiante e (6) completamente confiante.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um
pouco
confiante

Completa-
mente
confiante

Lembre-se, este questionário não está perguntando se você tem feito estas coisas ou não. Mas sim o quanto confiante você se sente em poder fazê-las neste momento, apesar da sua dor.

1. Posso aproveitar as coisas apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completament
confiante

2. Posso fazer a maior parte das minhas tarefas domésticas (ex: Lavar a louça, arrumar a casa, lavar o carro...) apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

3. Continuo encontrando meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes, apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

4. Posso lidar com a dor na maior parte das situações.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

5. Posso fazer alguns trabalhos apesar da minha dor (ex: trabalhos de casa e emprego remunerado ou não).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

6. Posso fazer muitas coisas que aprecio apesar da dor (ex: lazer, artesanato, esporte....).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

7. Posso lidar com a dor sem usar remédios.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

8. Posso alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

9. Apesar da dor, posso viver uma vida normal.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

10. Posso aos poucos me tornar mais ativo apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nem um pouco
confiante

Completamente
confiante

ANEXO VIII- PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)

Instruções: Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o grau destes pensamentos e sentimentos quando está com dor.

		Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
1.	A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
2.	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
3.	O sentimento que a dor é terrível e não vai melhorar é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
4.	O sentimento que a dor é horrível e você não vai resistir é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
5.	O pensamento de não poder estar mais com alguém é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
6.	O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
7.	O pensamento sobre outros episódios de dor é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
8.	O desejo profundo que a dor desapareça é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
9.	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
10.	O pensamento que ainda poderá doer mais é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
11.	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
12.	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
13.	A preocupação que alguma coisa ruim possa acontecer por causa dor é	Mínima 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4

ANEXO IX– PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado por qualquer um dos problemas abaixo?

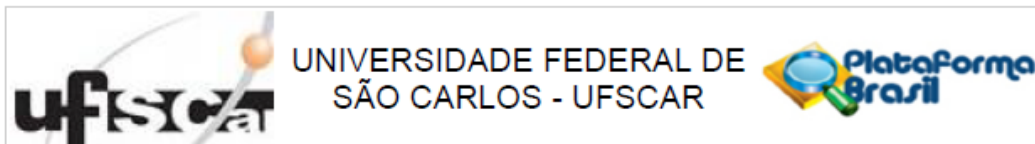
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

ANEXO X- GENERALIZED ANXIETY DISORDER-7 (GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

ANEXO XI- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS-BRASIL E VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO PAIN STAGES OF CHANGE QUESTIONNAIRE (PSOCQ)

Pesquisador: Thais Cristina Chaves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73351123.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.312.931

Apresentação do Projeto:

As informações referente a Apresentação do Projeto foram extraídas PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191913.pdf e ProjetodeMestradoRogerBerg.pdf anexadas em 21/08/2023

Resumo:

Embora as evidências apoiem a eficácia dos tratamentos que melhoram o autogerenciamento da dor crônica, a eficácia desses tratamentos possa estar influenciada pela prontidão do indivíduo para a adoção de uma estratégia de auto-gerenciamento. O Pain Stage of Change Questionnaire(PSOCQ) é uma medida que se mostrou confiável e válida da prontidão do paciente para o autogerenciamento da dor em outros países. No entanto, ainda não existe uma versão brasileira do PSOCQ. O objetivo desse estudo será realizar a adaptação transcultural para o Português-brasileiro e verificar as propriedades de medida (confiabilidade e medida de erro, consistência interna, validade de construto e validade estrutural) do PSOCQ em indivíduos com dor lombar crônica (DLC). O estudo envolverá um total de 100 participantes diagnosticados com DLC. O processo de adaptação transcultural ocorrerá em cinco etapas: tradução inicial, síntese de tradução, retrotradução, reunião de comitê de especialistas e teste da versão préfinal, que será realizado com uma amostra inicial de 30 participantes. Após a conclusão do teste da versão pré-final, toda a amostra (n=100) será considerada na etapa de verificação das propriedades de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

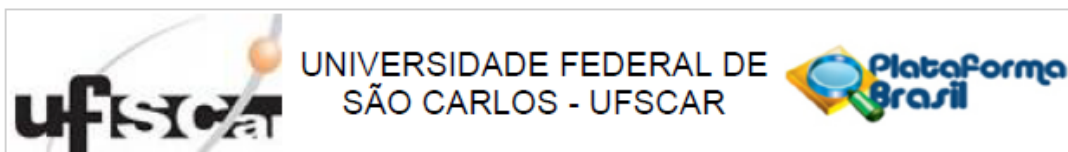
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.312.931

medida. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) será utilizado para análise da confiabilidade. Para a validade estrutural, a análise fatorial confirmatória (AFC) será empregada. O erro padrão de medida será calculado pela fórmula $EPM = DP \times (1 - CCI)$. A mínima mudança detectável será calculada considerando $MDD = 1.96 \times 2 \times EPM$. O coeficiente de correlação de Spearman será utilizado para comparar as pontuações do questionário PSOCQ com as demais escalas, classificando a magnitude da correlação como $R < 0,29$: fraca, $0,3 < R < 0,69$: moderada, $R > 0,7$: forte. Espera-se disponibilizar uma ferramenta de avaliação adequada em Português brasileiro para medir a prontidão dos pacientes em adotar o autogerenciamento da dor lombar crônica.

Hipótese:

A literatura traz um suporte geral de que o PSOCQ tem se mostrado uma medida confiável e válida da prontidão para adotar e manter uma abordagem de autogerenciamento da dor, além disso é notável que esse questionário é de interesse da comunidade científica. Nesse contexto, mas não foi adaptado ou validado para uso em português brasileiro, nesse sentido espera-se disponibilizar uma ferramenta de avaliação adequada em Português-brasileiro para medir a prontidão dos pacientes em adotar o autogerenciamento da dor lombar crônica.

Critério de Inclusão:

1. Diagnóstico médico de dor lombar crônica não específica há pelo menos 3 meses (DEYO et al., 2015), deve estar localizada entre T12 e as pregas glúteas, 2. Idade entre 18 e 60 anos (ZAJACOVA; GROL-PROKOPCZYK; ZIMMER, 2018), 3. A intensidade da dor percebida deve ser igual ou superior a três unidades na Escala Numérica de Intensidade da Dor (END) (CHIAROTTO et al., 2019) e 4. Apresentar adequada compreensão de texto pelo Teste de Cloze (SANTOS et al., 2002).

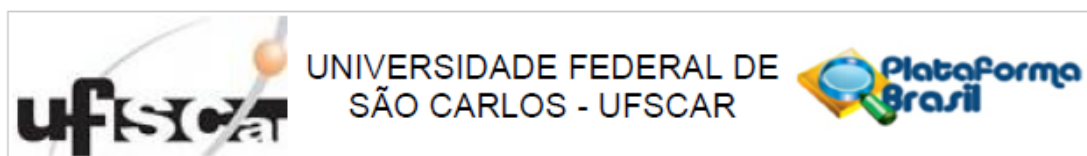
Critério de Exclusão:

1. serem classificados em bandeiras vermelhas (doenças neoplásicas ou tumores na coluna vertebral, doenças inflamatórias, infecções e fraturas), apresentarem sintomas neurológicos graves (central ou periférico), doenças psiquiátricas, reumatológicas e/ou cardíacas, com radiculopatia ativa, estenose lombar, espondilolistese, histórico de cirurgias de coluna, gestação (VIBE FERSUM et al., 2013) e 2. apresentarem déficit cognitivo de acordo com o Mini-Cog (COSTA et al., 2012).

Metodologia Proposta:

Os autores responsáveis pelo desenvolvimento do Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	
Bairro: JARDIM GUANABARA	CEP: 13.565-905
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br

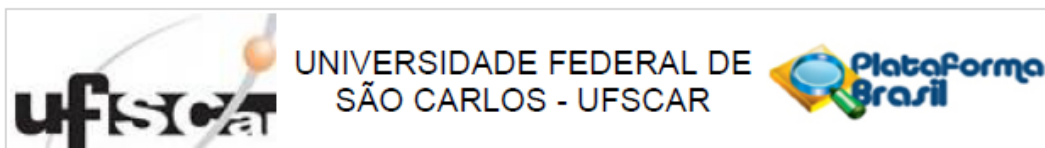


Continuação do Parecer: 6.312.931

foram contatados previamente por meio de correio eletrônico, a fim de solicitar permissão para traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento para o português brasileiro. As respostas dos e-mails com as autorizações encontram-se em anexo no projeto. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), que envolve a participação de seres humanos. Na aplicação dos questionários, os voluntários serão informados previamente sobre os procedimentos envolvidos na investigação, bem como os benefícios e riscos envolvidos, conforme estabelecido na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na primeira fase do projeto, uma amostra composta por 30 indivíduos será recrutada para o teste da versão pré-final do PSOCQ, sendo indivíduo de ambos os sexos, diagnosticados com dor lombar crônica (DLC) não específica. O recrutamento dos voluntários será feito na cidade de São Carlos - SP, utilizando diversos meios de comunicação, como redes sociais, programas de rádio e televisão, além de sites locais. O primeiro contato com os participantes será feito por meio de ligações telefônicas, mensagens por WhatsApp ou e-mail. Se o participante atender aos critérios de inclusão, será convidado a comparecer pessoalmente ao Laboratório de Pesquisa sobre Movimento e Dor (LabMovDor), onde os dados serão coletados. Caso sejam realizadas modificações na versão pré-final da tradução, os instrumentos serão aplicados novamente em um número equivalente de novos participantes, até que a versão final de cada instrumento seja utilizada em um total de 30 participantes. Se o índice de incompreensão atingir 20% para os itens do questionário separadamente, o questionário será revisado e aplicado em mais 30 novos participantes. Em uma segunda fase do projeto, a versão final transculturalmente adaptada para o português brasileiro, será aplicada em 100 pacientes. Essa etapa tem como objetivo verificar a adaptação transcultural, consistência interna, medida de erro e confiabilidade, validade de construto e validade estrutural do instrumento.

3.5 PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL Após o teste da versão pré-final dos questionários PSOCQ, os voluntários recrutados passarão por uma avaliação com a aplicação do Teste de Cloze, Mini-Cog, Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ), Survey of Pain Attitudes (SOPA), Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ), Escala Numérica da Avaliação da Intensidade da Dor (END) Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI), Escala Tampa de Cinesiofobia (TSK), Questionário de Auto-eficácia sobre a Dor (PESQ), Escala De Pensamentos Catastróficos Sobre A Dor (B-PCS), Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) e Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7). As ferramentas serão aplicadas para análise de adaptação transcultural, consistência interna, validade de construto e validade estrutural. Após uma semana da avaliação inicial, para verificação da confiabilidade (teste-reteste), será aplicado novamente o PSOCQ e END.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9885 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 8.312.931

3.6 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DOS INSTRUMENTOS PARA O PORTUGUÊS

Neste estudo, seguindo as recomendações internacionais, o processo de tradução e retrotradução do PSOCQ será dividido em cinco etapas: tradução inicial para o português, síntese das traduções, consenso dos tradutores, retrotradução, Comitê de Especialistas e teste da versão pré-final do questionário, onde uma amostra de 100 voluntários será considerada para a verificação das propriedades de medida do PSOCQ (validade transcultural, confiabilidade, consistência interna, validade estrutural e validade de construto).

Tamanho da Amostra no Brasil: 130

Objetivo da Pesquisa:

As informações referente ao objetivo da Pesquisa foram extraídas das PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191913.pdf e Projeto de Mestrado Roger Berg.pdf anexadas em 21/08/2023

Objetivo Primário:

Realizar a adaptação transcultural para o português brasileiro do Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) em indivíduos com dor lombar crônica (DLC) não específica.

Objetivo Secundário:

1. Realizar o teste da versão pré-final do instrumento PSOCQ; 2. Verificar a medida de erro e confiabilidade da versão traduzida por meio do testetestes do PSOCQ; 3. Analisar a consistência interna dos itens do PSOCQ, e; 4. Verificar a validade de construto e estrutural do instrumento PSOCQ.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações referente a Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191913.pdf anexadas em 21/08/2023

Riscos:

Existe um risco mínimo nessa pesquisa relacionado ao sigilo de identidade, entretanto todas as informações colhidas serão acessadas apenas por pesquisadores relacionados ao projeto. Algumas questões podem gerar constrangimento, mas o participante pode se recusar a responder perguntas que causem qualquer desconforto. Além disso, poderá ter cansaço ao responder muitos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

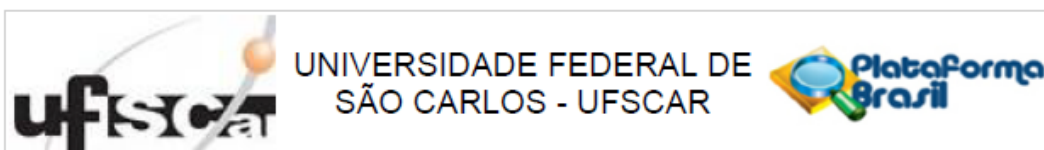
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.312.931

questionários, todavia será possível realizar intervalo de descanso caso seja necessário.

Benefícios:

Não há benefícios diretos relacionado a participação nesse estudo. Entretanto, os dados obtidos pelos pesquisadores ajudarão no maior conhecimento a identificar a disposição dos participantes em adotar uma abordagem de autogerenciamento da dor, assumindo um papel participativo no controle de sua dor lombar crônica, direcionando estratégias para um tratamento futuro envolvendo uma compreensão de mudança de comportamento mais efetivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo metodológico observacional e longitudinal de avaliação de propriedades de medida do Pain Stage of Change Questionnaire (PSOCQ). Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

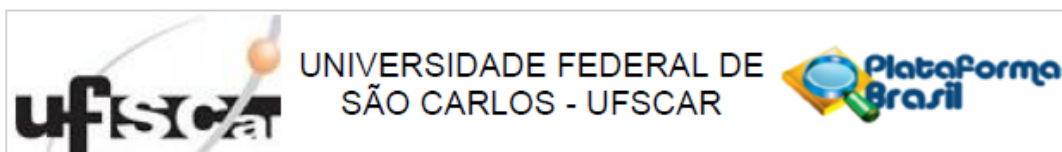
As conclusões deste parecer foram tomadas a partir da análise ética dos seguintes documentos anexados na PB: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191913.pdf; Projeto de Mestrado Roger Berg.pdf; Termo De Consentimento Livre E Esclarecido TCLE.pdf anexadas em 21/08/2023

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9885 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.312.931

deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2191913.pdf	21/08/2023 13:57:20		Aceito
Outros	CartilhaParaDorLombar.pdf	21/08/2023 13:54:35	ROGER BERG RODRIGUES PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDeMestradoRogerBerg.pdf	21/08/2023 13:54:11	ROGER BERG RODRIGUES PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInfraestruturaRogerCEP.pdf	21/08/2023 13:53:55	ROGER BERG RODRIGUES PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimentoLivreEEsclarecidoTCLE.pdf	21/08/2023 13:53:41	ROGER BERG RODRIGUES PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoRoger.pdf	21/08/2023 13:53:30	ROGER BERG RODRIGUES PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 20 de Setembro de 2023

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO XII- AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES (PSCOQ)



Thais Cristina Chaves <chavesto@fmrp.usp.br>

Permission to translate the Pain Stages of Change Questionnaire

4 mensagens

Thais Cristina Chaves <chavesto@fmrp.usp.br>
Para: robert.kems@va.gov

4 de outubro de 2019 às 14:04

Dear Prof. Kems

I am researcher in Brazil and we are running studies in the chronic pain. I would like to request permission to cross culturally validate into Brazilian Portuguese the Pain Stages of Change Questionnaire in chronic pain patients. Also, we would like to invite you to collaborate on the project.

Let us know your thoughts,

Looking forward to hearing from you!

Best Regards

Dr. Chaves

Prof. Thais Cristina Chaves - Ribeirão Preto School of Medicine - University of São Paulo - Dep. of Health Sciences
Graduate Program on Rehabilitation and Functional Performance - <http://ppgrdf.fmrp.usp.br/docentes/orientadores>
Postdoctoral Fellow - Body in Mind Laboratory - University of South Australia
Resumé - <http://attes.cnpq.br/8332531515876207>
Research leader - Research Laboratory on Movement and Pain (LabMovePain) - www.labmovdor.com.br

Kems, Robert <Robert.Kems@va.gov>
Para: Thais Cristina Chaves <chavesto@fmrp.usp.br>

6 de outubro de 2019 às 18:05

Dear Dr. Chaves: I am glad to know of your interest in our measure. Several years ago I was hosted for a visit to Brazil by Lin Yeng, Adrianna Loduca and their colleagues. I had a sense that these colleagues had a plan to work on a Portuguese translation of this measure. Do you know these colleagues from San Paulo? Perhaps it would be best if you checked with them first to see if they made any progress before investing in your proposed effort.

If you know that there is no published Portuguese version, please accept this as permission to move forward with the project. I'm interested and willing to consider a role if you think I can be helpful.

Best regards,

Bob Kems

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Thais Cristina Chaves <chavesto@fmrp.usp.br>
Para: "Kems, Robert" <Robert.Kems@va.gov>

7 de outubro de 2019 às 10:56

Hi Prof. Kems,
Yes, I know Dr. Lin Yeng and Adriana Loduca.
But I've searched for any scale in their list of publications and I couldn't find it.
I guess they did not run the translation, but I am gonna make a contact.
Thank you for your quick response. I am gonna let you know the next steps.
Best Regards,
Thais

Prof. Thais Cristina Chaves - Ribeirão Preto School of Medicine - University of São Paulo - Dep. of Health Sciences
Graduate Program on Rehabilitation and Functional Performance - <http://ppgrdf.fmrp.usp.br/docentes/orientadores>
Postdoctoral Fellow - Body in Mind Laboratory - University of South Australia
Resumé - <http://attes.cnpq.br/8332531515876207>
Research leader - Research Laboratory on Movement and Pain (LabMovePain) - www.labmovdor.com.br

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Kems, Robert <Robert.Kems@va.gov>
Para: Thais Cristina Chaves <chavesto@fmrp.usp.br>

8 de outubro de 2019 às 12:42

Good. Please give Ling and Adriana my regards.

[Texto das mensagens anteriores oculto]