



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LAÍS FAGANELLO DELA BELA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O
PORTUGUÊS-BRASILEIRO DO INSTRUMENTO *LOW BACK
ACTIVITY CONFIDENCE SCALE (LoBACS)***

LAÍS FAGANELLO DELA BELA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O
PORTUGUÊS-BRASILEIRO DO INSTRUMENTO *LOW BACK
ACTIVITY CONFIDENCE SCALE (LoBACS)***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa Associado entre Universidade Estadual de Londrina [UEL] e Universidade Norte do Paraná [UNOPAR]), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientador: Prof. Dr. Edson Lopes Lavado

Londrina
2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B425t Bela, Laís Faganello Dela.
Tradução e adaptação transcultural para o português-brasileiro do instrumento *Low Back Activity Confidence Scale (LoBACS)* / Laís Faganello Dela Bela. – Londrina, 2014.
61 f. : il.

Orientador: Edson Lopes Lavado.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, 2014.

Inclui bibliografia.

1. Dor lombar – Teses. 2. Autoeficácia – Teses. 3. Questionários – Teses. 4. Propriedades psicométricas – Teses. I. Lavado, Edson Lopes. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. III. Universidade Norte do Paraná. IV. Título.

CDU 615.8:616.711

LAÍS FAGANELLO DELA BELA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O
PORTUGUÊS-BRASILEIRO DO INSTRUMENTO *LOW BACK
ACTIVITY CONFIDENCE SCALE (LoBACS)***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa Associado entre Universidade Estadual de Londrina [UEL] e Universidade Norte do Paraná [UNOPAR]), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Edson Lopes Lavado
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dra. Lígia Maria Facci
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dra. Viviane de Souza Pinho Costa
Universidade Norte do Paraná – UNOPAR

Londrina, 07 de outubro de 2014.

DEDICO

Ao meus pais Luiz e Lana que tanto se esforçaram para minha formação, me auxiliando em todos os sentidos, me inculcando valores que levarei para o resto da minha vida e a minha irmã Lillian que mesmo longe, esta dentro do meu coração, saudades eternas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por estar sempre presente, fazendo-me o sentir em cada passo, em cada momento da minha vida, por me fazer alcançar todos os objetivos propostos. Devo tudo à Ele.

Minha mãe, mãe querida... sem palavras para te agradecer, por tanto amor, tanta compreensão. Sempre tão forte e me fazendo ser tão forte. Desculpe pelas ausências quando mais precisou, fiz o que pude mais sei que não foi o suficiente, nem o que merecia. Mas tenho certeza que esta muito feliz com o que conseguimos, enfim...mestre. Digo conseguimos, pois essa não é uma conquista só minha, mas sim sua e de meu pai, sempre tão presente, tão brincalhão nos fazendo ver a vida com outros olhos e tentando trazer a alegria novamente à nossa família. Muito obrigada por muitas vezes abdicarem de seus sonhos em favor dos meus, pois mesmo que não falem percebo que isso acontece. Agradeço a Deus por ser filha de vocês e ter a oportunidade de estar nessa família. Amo vocês!

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Edson Lopes Lavado por me guiar no processo de aprendizagem durante minha vida acadêmica, primeiro durante o segundo ano de graduação quando me deu a oportunidade de iniciar no universo da pesquisa, ainda tão inexperiente e sem muito conhecimento do que realmente era estar dentro desse universo. Por acreditar em meu potencial me orientando durante a iniciação científica e TCC e agora no mestrado, sempre me incentivando e aprimorando meus conhecimentos e ainda pela amizade construída durante esse todo esse tempo.

Ao Prof. Dr. Jefferson Rosa Cardoso por me conceder a oportunidade de participar do grupo de pesquisa PAIFIT, me fazendo conviver e aprender valores de responsabilidade, caráter, determinação e principalmente honestidade, às vezes tão escassos no mundo da pesquisa. Incentivando-me a buscar sempre mais conhecimentos em congressos, encontros e simpósios, me dando condições e oportunidades para continuar dentro do laboratório e ainda pela grande participação nesta pesquisa, pois o sonho desse trabalho também é dele.

À professora Dra. Kimiko A. Yamada por acreditar em nosso trabalho e nos conceder a autorização para a tradução do questionário no Brasil.

À todos do grupo PAIFIT que foram tão importantes na construção desse trabalho em especial à Simone e Renata que participaram de toda essa

jornada desde o início, desde as primeiras aulas de anatomia, fisiologia e almoços no RU —rss...ll. À Josi por me ajudar durante todas as coletas e por sempre me dar conselhos sobre qual melhor caminho a seguir, quando as dúvidas e os contratemplos de última hora apareciam. Agradeço também ao Rodrigo, João, Marcelo, Mabel, Mariana, Mônica, Bruna e Jéssyca pela amizade e companheirismo encontrado durante todo o tempo de convivência. Obrigada por tudo grupo!

Às grandes amigas de faculdade Marcinha, Marcella, Bianca, Larissa, Camila e Marcelle por sempre estarem tão perto de mim e dispostas a me ouvir e me apoiar em todas as decisões. Ainda por me descontraírem, me fazendo rir durante todas nossas jantinhas — rss ll... Valeu Mamalalabica —rssll...!!!

Agradeço à Clínica de Fisioterapia Equilíbrio e as fisioterapeutas Luciana Monsseph, Ana Paula Rossetto, Karen Obara e Fernanda Queiroz por estarem sempre a disposição e nos dar condições de realizar parte das coletas com seus pacientes.

À todos os participantes dessa pesquisa que dedicaram um pouquinho do seu tempo para nos ajudar a desenvolver este trabalho, dando sua contribuição para evolução da ciência, principalmente aqueles que participaram da construção das versões do questionário durante a tradução e retrotradução.

E por fim ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelo apoio financeiro a este projeto por meio da chamada universal – MCTI/CNPq no 14/2013.

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

BELA, Laís Faganello Dela. **Tradução e adaptação transcultural para o português-brasileiro do instrumento *Low Back Activity Confidence Scale* (LoBACS)**. 2014. 61 f. Trabalho de Conclusão do Programa de Mestrado Associado em Ciências da Reabilitação UEL-UNOPAR – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

RESUMO

A dor lombar é uma condição muito comum na população economicamente ativa, levando a gastos onerosos para seu tratamento. A literatura demonstra uma forte relação entre o aparecimento e o desenvolvimento de dor lombar com fatores físicos e emocionais. O medo em executar movimentos e gerar ou alterar a intensidade da dor é um dos principais problemas associados à indivíduos com dores crônicas, levando a alterações emocionais, diminuição da confiança em executar certas atividades e funcionalidade. Assim a avaliação da autoeficácia (confiança em realizar determinadas atividades) é muito importante para a prática clínica e na reabilitação. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi a tradução e adaptação transcultural da *Low Back Activity Confidence Scale* (LoBACS) para o português-brasileiro. Foi utilizado um método de tradução sistemática proposto por Beaton *et al.* Para a etapa pré-final, o questionário foi aplicado em 37 indivíduos com idade de 53,59 anos (DP=15,18) e com tempo de diagnóstico de 5 anos (1o quartil = 2,00; 3o quartil = 9,50). Todas as perguntas e sugestões foram registradas e quando apropriadas, foram aceitas pelo comitê de especialistas. O processo de tradução e adaptação do questionário foi descrito em etapas distintas, permitindo uma avaliação mais específica de cada fase. Este instrumento irá fornecer aos profissionais da área saúde mais informações durante a anamnese e também poderá ser utilizado como parâmetro de avaliação da evolução do paciente durante o tratamento. O processo de adaptação do questionário foi realizado, no entanto, é de extrema importância que se realize a avaliação das propriedades psicométricas para que possa o aplicar na população brasileira.

Palavras-chave: Dor lombar. Autoeficácia. Questionários. Tradução.

BELA, Laís Faganello Dela. **Translation and cultural adaptation to Portuguese-Brazilian instrument *Low Back Activity Confidence Scale (LoBACS)***. 2014. 61 p. Dissertation presented in the Master of Science in Rehabilitation UEL-UNOPAR – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

ABSTRACT

Low back pain is a very common condition in the economically active population, leading to costly expenditures for the treatment. The scientific current literature demonstrate strong relationship between the appearance and the development of low back pain with physical and emotional factors. The fear to execute movements that generate or change the intensity of pain is one of the major problem associated with individuals with chronic pain, inducing emotional changes, the decrease of confidence in execute certain activities and altering the functionality. The assessment of self-efficacy (confidence in performing certain activities) is very important for clinical practice and rehabilitation. Thus, the aim of this study was the translation and cultural adaptation of the low back activity confidence scale (LoBACS) to brazilian-portuguese. A systematic translation method proposed by Beaton *et al.* was used. For the pre testing a questionnaire was applied to 37 individuals with age of 53,59 (SD=15,18) who had been diagnosed 5 (1o interquartile= 2,00; 3o interquartile= 9,50) years. All questions and suggestions were registered and, when appropriate, accepted by the committee of experts. In this manner, the translation and adaptation process of the questionnaire was described in distinct steps, allowing a more specific assessment. This instrument will provide health professionals more information during the interview and also will serve as a parameter for evaluation of the patient progress during treatment. The adaptation process of the questionnaire was conducted, however, it is extreme important to perform the psychometric properties evaluation of the questionnaire to apply to the brazilian population.

Key words: Low back pain. Self Efficacy. Questionnaires. Translating.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação das etapas recomendadas para a tradução de adaptação de um questionário	27
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra.....	35
Tabela 2 – Esquematização das versões da tradução do questionário	36
Tabela 3 – Esquematização das versões da retrotadução do questionário	38
Tabela 4 – Resultado do questionário.....	40
Tabela 5 – Considerações realizadas durante a aplicação do questionário.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LoBACS	Low Back Activity Confidence Scale
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IMC	Índice de massa corpórea
IQOLA	Sociedade Internacional de Avaliação de Qualidade de vida
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T12	Síntese das traduções T1 e T2
T3	Tradução 3
T4	Tradução 4
T1234	Síntese das Traduções T1; T2; T3 e T4
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2
RT3	Retrotradução 3
VPF	Versão pré-final
VF	Versão final
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
CSQ	Questionário de Estratégias de Enfrentamento
PCS	Escala de Catastrofização sobre Dor
PRSS	Catastrofização da Escala de Autoafirmações Relacionadas a Dor
DP	Desvio padrão
Md	Mediana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO	15
2.1	DOR LOMBAR.....	15
2.2	DOR LOMBAR E SUAS REPERCUSSÕES NA FUNCIONALIDADE.....	16
2.3	CONSIDERAÇÃO SOBRE O LOBACS.....	17
2.4	ESCOLHA DO QUESTIONÁRIO	19
2.5	PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	19
2.5.1	Tradução	20
2.5.2	Síntese das traduções (análise consensual)	21
2.5.3	Retrotradução	21
2.5.4	Revisão comitê de especialistas.....	21
2.5.5	Teste da versão final	22
2.5.6	Apresentação da versão final da adaptação ao(s) autor(es) do instrumento original	22
3	ARTIGO: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA PORTUGUÊS-BRASILEIRO DO INSTRUMENTO <i>LOW BACK ACTIVITY CONFIDENCE SCALE</i> (LOBACS)	23
	CONCLUSÃO GERAL	42
	REFERÊNCIAS DO ARTIGO	32
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXOS	48
	ANEXO A – Carta de autorização dos autores do LoBACS.....	49
	ANEXO B – Autorização do CEP/UEL	50
	ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido	51

ANEXO D – Versão original do LoBACS.....	52
ANEXO E – Versão final do LoBACS.....	53
ANEXO F – Normas da revista <i>Clinical Rehabilitation</i>	54

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência de dor lombar na sociedade moderna parece ter se tornado uma verdadeira epidemia, já que pelo menos 84% da população experimentaram essa sensação ao longo da vida¹⁻³. Por ser tão frequente é uma das causas mais comuns e dispendiosas de incapacidade funcional⁴, gerando gastos onerosos para o seu tratamento em todo o mundo⁵⁻⁶.

Trata-se de uma condição multifatorial que pode ocorrer por fatores específicos (hérnia discal, tumores, deformidades na coluna vertebral) ou por não específicos (idade, gênero, ocupação, alterações psicológicas) apresentando episódios de recorrência e exacerbação variada⁷.

É de extrema importância que se considere os fatores psicológicos que podem coexistir em pacientes com dor lombar, para ajudar no estabelecimento do tratamento mais adequado para os mesmos. Dentre os fatores frequentemente associados a dor lombar estão a depressão e o sentimento de medo em realizar movimentos³, que podem influenciar na intensidade da dor, uso de medicamentos, incapacidade e sua manutenção crônica⁸.

Existem várias maneiras de se avaliar essa condição, mas uma das formas menos dispendiosas e que pode auxiliar na triagem e acompanhamento desses pacientes, é a aplicação questionários específicos⁹.

O *Low Back Activity Confidence Scale* (LoBACS)¹⁰ é um questionário autoaplicativo, originalmente desenvolvido nos Estados Unidos, cujo o objetivo é medir a autoeficácia, ou seja, o senso de autoconfiança em uma situação específica, onde o indivíduo é capaz de apontar ações que levem a situações desejáveis ou não^{11,12,13,14}. Possui três domínios que avaliam a funcionalidade, capacidade ao exercício e autorregulação.

Embora esse questionário já exista, ainda não se pode o aplicar na população brasileira. Assim, o objetivo deste estudo foi a realização da tradução e adaptação transcultural do LoBACS, por meio de um método específico a fim de garantir que as diferenças culturais não interfiram na qualidade e na objetividade do questionário, assegurando que a avaliação seja fidedigna ao do questionário original, mesmo após a criação de uma nova versão¹⁵⁻¹⁶.

2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 DOR LOMBAR

Lombalgia é definida como uma dor entre a margem das últimas costelas e a prega glútea, geralmente acompanhada de limitação dolorosa ao movimento¹⁷. Tem principal sintomatologia a dor, seguida de restrição da amplitude de movimento, espasmos musculares protetores que promovem alterações posturais e diminuição da força muscular, levando a limitações ou incapacidades funcionais para o desenvolvimento das atividades diárias¹⁸.

Apresenta-se como uma disfunção de etiologia muito complexa e multidimensional¹⁹, podendo surgir a partir de um desequilíbrio em qualquer uma das estruturas anatômicas, incluindo ossos, discos intervertebrais, articulações, ligamentos, músculos, estruturas neurais e vasos sanguíneos²⁰ ou ainda por fatores, biológicos, psicológicos e emocionais²¹, tais como baixa escolaridade, stress, ansiedade, depressão, insatisfação com o trabalho e local de trabalho¹⁹⁻²².

Pode ser dividida em específica e não específica, sendo a primeira ocasionada devido a fraturas da coluna vertebral, câncer, infecções, hérnias de disco, predisposição reumática, alterações congênitas, entre outras, compreendendo cerca de 5 a 15% dos casos. A não específica, pode ser causada por diversos fatores, dentre eles a idade, gênero, renda, escolaridade, obesidade, tabagismo, baixa atividade física e trabalho físico pesado, responsável por cerca de 90 a 95% dos casos²³.

Silva *et al*²⁴ verificaram uma associação entre a prevalência de dor lombar, o aumento do índice de massa corpórea (IMC), tipo de trabalho e escolaridade em indivíduos do sul do Brasil, corroborando com outros dois estudos que observaram uma associação entre os altos índices de IMC (>30) e o aumento da ocorrência de dor lombar, sendo mais forte em mulheres do que em homens²⁵⁻²⁶. É evidente, ainda, que esses fatores possam influenciar tanto o surgimento como a evolução e intensidade dessa condição²¹.

De uma forma geral a dor lombar é classificada de acordo com o tempo de duração em aguda (até 4 semanas), subaguda (4 a 12 semanas) e crônica (acima de 12 semanas). Estima-se que 60 a 90% da população terá

pelo menos um episódio de dor lombar durante a vida, cerca de 80% destes pacientes terão uma evolução natural dos sintomas, com desaparecimento em média em 12 semanas²⁷ e apenas 2 a 3% evoluirão para dor lombar crônica após o episódio agudo²⁸.

Sua incidência é um aspecto pouco evidenciado na literatura, devido às peculiaridades desta condição²⁰, mas pesquisas indicam ser maior na terceira década de vida. Já a prevalência aumenta com a idade em geral até o 60-65 anos e após essa declina gradualmente²². Atualmente a dor lombar tornou-se um grave problema de saúde pública nos países industrializados, ocorrendo em aproximadamente 60 a 80% da população economicamente ativa levando a alta morbidade, diminuição da produtividade, absenteísmo e incapacidade ao trabalho¹⁷.

Cerca de 10 milhões de brasileiros desenvolvem incapacidades devido à lombalgia e desses 94,9% apresentam algum comprometimento da atividade profissional²⁹⁻³⁰, apresenta-se juntamente com as tenossinovites como as causas mais frequentes de afastamento ao trabalho e a terceira maior causa de concessão de benefício³¹.

Nos Estados Unidos a dor lombar é a causa mais comum de limitação à atividade em pessoas com menos de quarenta e cinco anos³², estima-se que neste país a perda de dia de trabalho por mil habitantes seja por volta de 1.400 dias por ano³⁰.

2.2 DOR LOMBAR E SUAS REPERCUSSÕES NA CAPACIDADE FUNCIONAL

Por ser uma condição muito complexa, a disfunção da coluna lombar pode levar ao desenvolvimento de outras complicações, dentre a mais frequente e que dificulta o seu esclarecimento é o entendimento da própria dor, pois é uma condição subjetiva que envolve vários componentes, bem como a experiência de cada indivíduo²⁸⁻³⁰. Alguns outros sintomas podem surgir devido ao aparecimento da dor crônica, tais como alterações no sono, apetite, irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração, redução das atividades familiares, profissionais e sociais³⁰.

A incapacidade e o declínio da funcionalidade são comuns em pacientes com dor lombar crônica. Existem pesquisas que apontam que o medo da dor é mais incapacitante do que ela própria.

Segundo o modelo de medo e evitação da dor, os indivíduos podem perceber de duas formas: a primeira como algo não ameaçador, que não interfere nas atividades habituais e faz com que sua recuperação seja mais fácil e rápida. A segunda, no entanto, acontece quando a dor é interpretada de maneira negativa, fazendo com que ocorram comportamentos de evitação ao movimento levando a consequências incapacitantes devido ao desuso de estruturas corporais^{33, 34,35}.

As crenças de autoeficácia, medo e evitação da dor têm sido muito discutidas em estudos que buscam compreender os determinantes da incapacidade³³.

Autoeficácia é a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável¹³.

Já existe na literatura um estudo com 215 indivíduos que identificou alguns fatores preditores de incapacidade em pessoas com dor lombar. Verificaram que indivíduos com autoeficácia baixa, apresentaram chance 113% maior de ter incapacidade do que aquelas que apresentaram autoeficácia elevada. Ainda indivíduos com elevado medo e evitação da dor, apresentaram chance de ter incapacidade 41% maior do que os demais³³.

Por ser uma condição muito subjetiva, é difícil medir o quanto esses aspectos emocionais podem influenciar na evolução da dor lombar. No entanto já existe na língua inglesa um questionário validado que permite essa avaliação.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O LOBACS

Pacientes com dor lombar podem desenvolver um sentimento de medo em realizar algumas atividades. Desse modo, é de grande valia que se consiga avaliar a autoeficácia ou seja, a autoconfiança dessas pessoas em realizar certas atividades, já que estudos demonstram que esse desfecho seria capaz de prever o estado funcional e de saúde desses indivíduos¹⁰⁻¹⁴⁻³⁶⁻³⁷⁻³⁸.

O *Low Back Activity Confidence Scale* (LoBACS)¹⁰ é um questionário autoaplicativo, originalmente desenvolvido nos Estados Unidos, cujo o objetivo é medir a confiança para executar atividades com a região lombar em indivíduos com dor lombar crônica. Para sua elaboração foi considerada toda a literatura existente em relação à autoeficácia, ainda relatórios clínicos relacionados com a terapia de pacientes com dor lombar e entrevistas realizadas com pacientes por meio de perguntas abertas como: “O que você acredita que faz para provocar mudanças nos sintomas?; Realiza as mesmas atividades que realizava antes de aparecer os sintomas?” e assim por diante.

O instrumento final foi composto de 15 itens divididos em três domínios: funcionalidade, incluindo sete itens (1-7), relacionados com a confiança em desempenhar atividades funcionais; autorregulação, composto por três itens (8-10), que avaliam a confiança ao lidar e controlar os problemas relacionados à lombar; e por fim a capacidade de exercício formado por cinco itens (11-15), relacionados à confiança para desempenhar atividades físicas.

As respostas podem ser assinaladas em uma escala Likert³⁹, que varia de 0% (nenhuma confiança) a 100% (confiança total), com incrementos de 10% para cada ponto. Os domínios podem ser avaliados individualmente por meio de média ponderada entre os itens (ex. média dos itens 1-7), ou de forma global por meio de média ponderada de todos os itens (ex. média dos 15 itens).

A avaliação psicométrica foi realizada com 53 indivíduos com dor lombar crônica após processo cirúrgico, obteve-se uma média de idade de 40 anos e classificações educacionais variadas. Constatou-se uma excelente consistência interna (*alfa de Cronbach* =0,91) e para as subescalas (funcional= 0,92; autorregulação=0,80 e capacidade para o exercício= 0,94), evidenciando a concordância entre todos os itens do instrumento¹⁰⁻⁴⁰.

Frente as características da amostra anterior, verificou-se a necessidade de se realizar uma nova avaliação para verificar a aplicabilidade do LoBACS em pacientes que não realizaram tratamento cirúrgico. Essa avaliação secundária foi desenvolvida com 120 pacientes, com média de idade 40 anos e se verificou uma excelente consistência interna (*alfa de Cronbach* subescala funcional= 0,90; autorregulação=0,88 e capacidade para o

exercício= 0,93) demonstrando assim sua adequada aplicabilidade em pacientes que realizaram ou não procedimentos cirúrgicos⁴¹.

No entanto não existe uma versão desse questionário na língua portuguesa-Brasil, o que impossibilita sua aplicação e disseminação neste país.

2.4 ESCOLHA DO QUESTIONÁRIO

Existem várias maneiras de se coletar informações importantes para o melhor conhecimento de um indivíduo ou até mesmo de uma população. Certamente, a que demanda um menor tempo e custo, seja em muitos casos a aplicação de questionários, que permitem descrever as características e medir determinadas variáveis⁴².

Quando se pensa em questionário dentro de uma pesquisa, se deve levar em consideração se já existe algum que avalie a variável desejada, ou se há a necessidade de criação de um novo instrumento.

Outra situação muito frequente é a existência de questionário que avalie o constructo desejado, mas que se encontre em outro idioma. Nessa situação é necessária a realização da tradução, adaptação transcultural e a validação do mesmo, para o idioma e cultura da população na qual se deseja aplicar o instrumento, sendo esse processo cada vez mais frequente, visto o aumento de pesquisas multinacionais e multiculturais⁴³.

2.5 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Inicialmente para o processo de adaptação de instrumento elaborado em outra língua, somente era necessária a realização de uma simples tradução e posterior comparação literal da tradução com a retrotradução. Já, atualmente, os pesquisadores sugerem que seja realizada, além da comparação entre as traduções, uma sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população alvo^{44- 45-46-47}.

Nesse processo é importante que se observe as peculiaridades de cada país levando em consideração suas crenças, atitudes, hábitos sociais, costumes, ou seja, todas as características que reflitam a cultura de um povo e que ao mesmo tempo os diferenciem dos demais⁴⁸⁻⁴⁹.

A tradução, adaptação transcultural e a validação das propriedades psicométricas são etapas fundamentais para a adequação de um questionário à uma nova população e deve seguir um método rigoroso e sistemático, composto por etapas que vão assegurar que mesmo com a criação de uma nova versão, os constructos propostos na versão original serão fielmente avaliados após a adaptação do instrumento^{44,45,48}.

Para a orientação da execução dessa fase existem muitos métodos propostos⁴⁴⁻⁴⁶⁻⁵⁰⁻⁵¹, que são de modo geral muito parecidos e com o mesmo objetivo, não existindo na literatura um consenso de qual seria o mais adequado.

Beaton *et al*⁴⁴ criaram um guia com diretrizes para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos na área da saúde, de acordo com as três etapas propostas pela Sociedade Internacional de Avaliação de Qualidade de vida (IQOLA)⁵². Esse guia vem sendo amplamente utilizado, na área da saúde e por esse motivo foi aplicado neste trabalho.

As etapas padronizadas para o processo de adaptação são: tradução, síntese das traduções, retrotradução, revisão pelo comitê de especialistas, teste da versão final e apresentação da versão final da adaptação aos autores do instrumento original.

2.5.1 Tradução

O objetivo dessa etapa é a tradução do questionário para o novo idioma, mantendo o significado da versão original. É recomendado que pelo menos duas traduções independentes sejam realizadas, para que se possa estabelecer as discrepâncias observadas e diminuir a possibilidade de erros.

Um dos tradutores deve possuir como língua materna o novo idioma e proficiente na língua de origem do instrumento, ser formado na área da saúde e estar ciente do objetivo do questionário (T1)

Já o segundo tradutor deve possuir as mesmas características linguísticas, não conhecer os objetivos do instrumento bem como ter formação em outra área profissional, para oferecer uma tradução com palavras menos acadêmicas e técnicas, que possa dessa forma refletir a linguagem utilizada pela maioria da população (T2).

2.5.2 Síntese das Traduções (Análise Consensual)

Nessa etapa o foco é dado para a conciliação das traduções realizadas na etapa 1. Recomenda-se que os tradutores da fase 1 e um terceiro profissional realizem a análise das versões traduzidas e elaborem uma única versão (T12) destinada à retrotradução. É importante que se faça um relatório justificando as alterações realizadas em cada uma das traduções.

2.3.3 Retrotradução

Nesta fase o questionário obtido após a etapa 2 (T12), retorna para o idioma de origem, para se certificar que a versão traduzida está refletindo o mesmo conteúdo da versão original.

É necessário que se obtenha ao menos duas retrotraduções (RT1 e RT2), sendo que os tradutores não podem ter participado das fases anteriores, não podem ter nenhuma experiência ou formação relacionada ao contexto da pesquisa, não devem conhecer e nem ter tido nenhum contato com o questionário original e ainda devem possuir como língua materna a língua original do questionário e ser fluentes no idioma para o qual o questionário esta sendo adaptado.

2.3.4 Revisão pelo comitê de especialistas

O propósito da revisão pelo comitê de especialistas é consolidar todas as versões do questionário desenvolvidas até essa fase e desenvolver o que seria considerado a versão pré-final do instrumento para teste de campo.

A composição dessa equipe é a parte mais importante da adaptação, pois influencia completamente na validade e fidelidade do instrumento adaptado. É importante que seja composta por profissionais de saúde, profissionais da língua e os tradutores (tradução e retrotradução) envolvidos no processo até este ponto.

Durante a revisão do questionário o comitê deve se atentar para a equivalência semântica, avaliar se as palavras tem o mesmo significado nas duas culturas. A equivalência idiomática, pois expressões idiomáticas são

difíceis de traduzir e pode requerer que a comissão elabore uma nova sentença com mesmo significado da cultura original do instrumento para a cultura da população alvo. Outro item importante é a equivalência cultural, pois as duas populações podem ter experiências de vida diferentes, como talvez um objeto não faça parte do cotidiano da outra população e tenha que ser retirado ou adaptado. Por fim a equivalência conceitual devido as diferenças de conceitos dentre culturas, como por exemplo, a palavra “família” que pode ter sentido nuclear, mas também pode ser estendida e modificada.

Assim, a comissão deve fazer uma análise detalhada de todas as versões produzidas até essa fase a fim de substituir itens necessários, acabar com a discrepância e redundância de certas palavras, gerando uma versão pré-final (VPF) que seja facilmente compreendida pela população alvo.

2.5.5 Teste da versão final

Nesta fase o questionário pré-final deve ser testado em cerca de 30 a 40 indivíduos, pertencentes à população alvo do instrumento adaptado. Durante a aplicação do questionário é importante que se realize uma sondagem sobre o entendimento em cada item e sua representatividade para cada indivíduo a fim de assegurar que as sentenças estão de acordo com o proposto no questionário original.

Nessa fase, novas modificações podem ser realizadas pelo comitê quando este achar necessário. Assim, levando em consideração as dificuldades apresentadas pelos indivíduos durante a aplicação do instrumento uma versão final (VF) então é desenvolvida.

2.5.6 Apresentação da versão final da adaptação ao(s) autor(es) do instrumento original.

Nessa fase deve ser realizado o envio da versão final e todos os relatórios produzidos contendo a descrição de todo o processo para os autores da versão original do instrumento, com o objetivo de verificarem que todas as etapas foram realizadas, garantindo assim a qualidade e que os objetivos do instrumento original foram mantidos.

ARTIGO
**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA PORTUGUÊS-
BRASILEIRO DO INSTRUMENTO LOW BACK ACTIVITY CONFIDENCE
SCALE (LoBACS)**

(Será submetido ao periódico *Clinical Rehabilitation*)

Resumo

Objetivo: A dor lombar é uma condição multifatorial, sendo que fatores como autoeficácia estão estritamente ligados com o grau de funcionalidade desses indivíduos. Existem vários métodos de avaliação da autoeficácia, dentre eles o questionário *Low Back Activity Confidence Scale* (LoBACS) com seus três domínios funcionalidade, capacidade ao exercício e autorregulação. No entanto este ainda não pode ser aplicado na população brasileira, pois requer que se realize um processo sistematizado de tradução e adaptação transcultural do instrumento. Dessa forma o objetivo desse trabalho foi a tradução e adaptação do LoBACS para a língua portuguesa-Brasil.

Método: O estudo foi realizado de acordo com recomendações de Beaton *et al.* (2000). Foram incluídos indivíduos com dor lombar crônica específica e não específica e excluídos analfabetos, deficientes visuais e ainda aqueles que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (098/2013).

Resultados: Participaram do estudo 37 indivíduos, com média de idade 53,59 (DP=15,18) anos, sendo que desses 5 concluíram o ensino fundamental, 7 o ensino médio e 25 o terceiro grau. Os conceitos compreendidos no questionário foram pertinentes à nossa cultura e quando necessárias modificações foram realizadas para melhor equivalência entre a versão final e a versão original.

Conclusão: Esse trabalho descreveu o processo de tradução e adaptação transcultural importantes para o processo de transcrição de questionários, sendo ainda, necessário a realização da avaliação das propriedades psicométricas.

Descritores: Dor lombar; Autoeficácia; Questionário; Tradução.

Introdução

A lombalgia é entendida como uma sensação de dor, tensão muscular ou rigidez entre as margens das últimas costelas e a prega glútea com ou sem irradiação para os membros inferiores¹⁻². Sua prevalência é relevante, nota-se que no Reino Unido 59% dos indivíduos sofrem desse problema³, dividindo na Suíça em 20,2 a 28,5% dos homens e 31,1 a 38,5% das mulheres⁴. Nos Estados Unidos é a causa mais comum de incapacidade e absenteísmo, levando a gastos onerosos para saúde pública desse país⁵⁻⁶. No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) apontou a dor lombar como a segunda condição de saúde mais prevalente, atrás apenas de hipertensão arterial⁷.

O entendimento da etiologia da dor lombar é de extrema relevância para tomada de decisão terapêutica. É importante que se considere os fatores psicológicos que podem estar associados a essa condição⁸⁻⁹, podendo ser encarados como consequências mas, ainda como fatores preditores¹⁰⁻¹¹. Um dos mais associados à lombalgia é o medo de gerar dor ao movimento¹², assim a autoeficácia (crença sobre a capacidade de desempenho em atividades específicas) esta estritamente relacionada à sua capacidade funcional, podendo levar altos graus de incapacidade^{13,14,15,16,17}.

Por se tratar de um aspecto psicológico, torna-se difícil medir o quanto essa condição pode influenciar na dor lombar, e em vista da grande importância da autoeficácia para incapacidade, muitos instrumentos são utilizados para avaliar esse constructo. Já existem na literatura questionários que podem nortear esse entendimento, como por exemplo a Escala de Autoeficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas¹⁸, Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale¹⁹ para a Língua Portuguesa e a Escala de Autoeficácia alimentar²⁰. No entanto não existe uma escala validada na língua portuguesa que avalie a autoeficácia de indivíduos com dor lombar crônica²¹.

O *Low Back Activity Confidence Scale* (LoBACS), um instrumento que possui três domínios (funcionalidade, autorregulação e capacidade de exercício) e é composto por 15 itens realiza a avaliação por meio de uma escala Likert de 0 a 100, foi desenvolvido nos Estados Unidos e tem como objetivo avaliar a autoeficácia de indivíduos com dor lombar. No entanto, esse

instrumento não está disponível na língua portuguesa o que impede sua aplicação e sua disseminação neste país²².

A tradução e a adaptação transcultural é um método desenvolvido para realizar de transição linguística do idioma original do questionário para uma nova língua. Esse processo é cada vez mais comum, visto o aumento de pesquisas multicêntricas e ainda possibilidade de confrontar e comparar resultados entre países. Existem vários métodos para nortear esse processo, um dos mais utilizados é o Beaton *et al.*²³, composto de seis etapas sistematizadas, que garantem que após a tradução e adaptação o foco das perguntas do questionário não serão perdidas, fazendo com que o questionário traduzido realize a mesma avaliação proposta no questionário original.

Assim, este trabalho teve como objetivo a tradução e a adaptação transcultural do LoBACS, a fim de ampliar a avaliação de pacientes com dor lombar.

Método

Todas as modificações realizadas durante o processo de adaptação transcultural do LoBACS para a Língua Portuguesa foram feitas mediante autorização prévia dos autores do instrumento original (ANEXO A).

Amostra

Foram incluídos indivíduos com dor lombar crônica específica e não específica, de ambos gêneros, encaminhados para o tratamento da coluna vertebral em um centro de fisioterapia aquática e de clínicas particulares. Foram excluídos analfabetos, deficientes visuais e ainda aqueles que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - 098/2013 (ANEXO C).

Delineamento do estudo

Nessa etapa foi utilizado o método de tradução sistematizada de acordo com o preconizado por Beaton *et al.*²³, que segue as seguintes etapas:

Tradução:

Nesta fase, quatro tradutores bilíngues (com língua materna: portuguesa e segunda língua: inglesa), realizaram a tradução independente do questionário, sendo dois (T1 e T2) profissionais da área da saúde, um com formação em Medicina e outro em Fisioterapia, com experiência na área de ortopedia, cientes da finalidade da tradução e do conceito do questionário. Os outros dois (T3 e T4) com formação em outras áreas acadêmicas, sendo um na área de Economia e outro formado em Letras, não cientes da finalidade do questionário e da pesquisa.

Análise Consensual (Português):

Após a realização da tradução, se obteve quatro versões independentes (T1, T2, T3 e T4), que foram analisadas, discutidas as discrepâncias e documentadas em síntese, com o objetivo de produzir uma versão única em português (T1234).

Etapa de Retrotradução:

A T1234 foi submetida à nova tradução para a língua inglesa por três tradutores (RT1, RT2 e RT3) sem conhecimento do questionário original. Sendo um inglês e dois norte-americanos com língua materna o inglês, fluentes na língua portuguesa. Este procedimento permitiu verificar se a tradução realizada estava refletindo a versão original, bem como ter maior controle sobre o processo de tradução e análise das concordâncias semânticas e idiomáticas.

Etapa de revisão pelo comitê de especialistas:

As versões T1234, RT1, RT2 e RT3 foram comparadas entre si e ao instrumento original pelo comitê de especialista, formado por epidemiologista, médico ortopedista, quatro fisioterapeutas, uma educadora física, uma professora de língua portuguesa e uma assistente social com o intuito de se obter uma versão pré-final (VPF) em português do questionário para aplicação em campo.

Teste da versão pré-final (Pré-teste):

A versão pré-teste foi aplicada na população alvo composta de 37 indivíduos provenientes da amostra selecionada. O instrumento foi autoaplicado como na versão original, sendo que ao término da aplicação os participantes eram questionados quanto sua compreensão, dúvidas e sugestões e essas foram anotadas para futura avaliação.

As dúvidas e sugestões foram analisadas pela comissão de revisão e quando adequadas ao contexto foram acatadas. Nesta etapa, então, foi criada uma versão final (VF) do questionário.

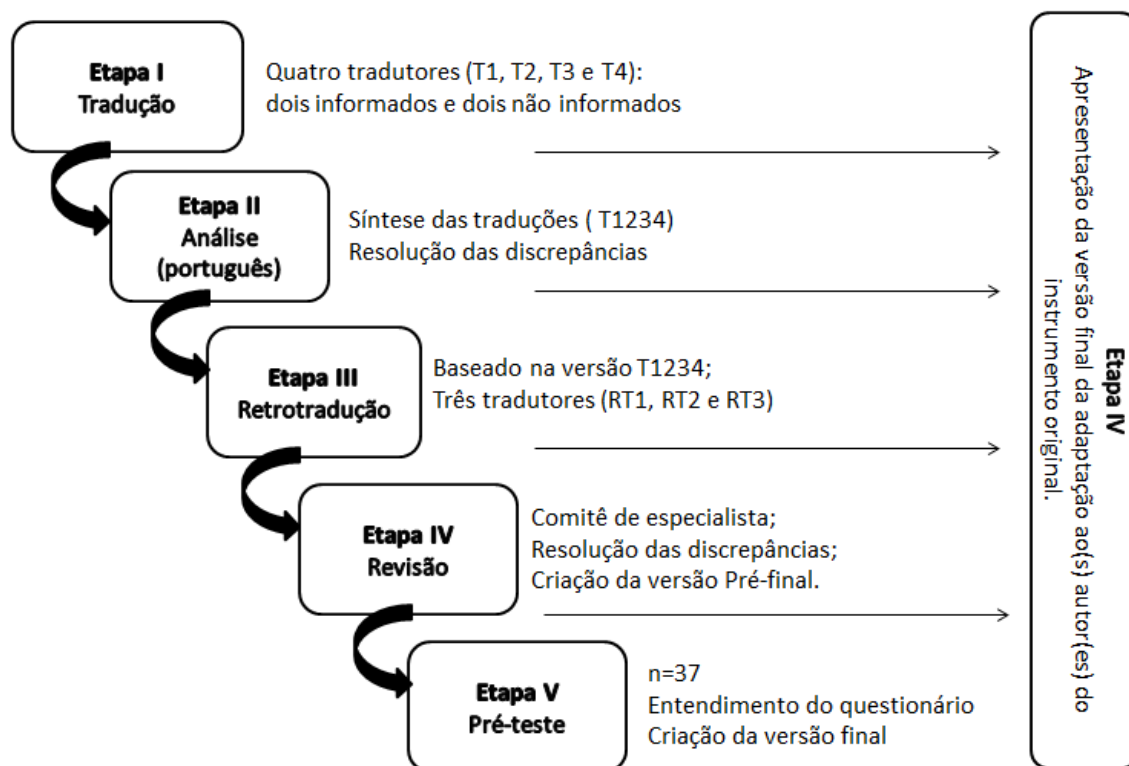


Figura 1: Representação das etapas recomendadas para a tradução de adaptação de um questionário²³.

Estatística

Foi utilizado o teste de Shapiro Wilk para verificar a normalidade dos dados descritivos quando o pressuposto foi aceito os mesmos foram apresentados em média e desvio padrão, caso violado foi apresentado em mediana e seus quartis. A significância considerada como $P \geq 0,05$.

Os dados categóricos foram apresentados em frequência relativa e absoluta.

Resultados

O instrumento foi criado seguindo todas as fases propostas por Beaton *et al.*, sendo aplicado durante um período de quatro semanas nos pacientes provenientes da amostra selecionada cujas características estão expressas na tabela 1.

A primeira fase do processo consistiu na elaboração de quatro versões (T1, T2, T3 e T4) traduzidas de maneira independente, seguida da análise das mesmas com a criação de uma versão sintetizada (T1234). Os detalhes dessa fase estão expostos na tabela 2.

Consecutiva à criação da versão T1234, esta foi encaminhada para a retrotradução, onde obteve-se mais três versões, que estão descritas na tabela 3. As retrotraduções juntamente com a versão T1234 passaram pela análise do comitê revisor que elaboraram a VPF, que posteriormente foi aplicada na uma amostra selecionada de indivíduos.

Os participantes demoraram em média 4,29 (DP=2,14) minutos para responderem o questionário e obtiveram resultados demonstrados na tabela 4.

Após aplicação do questionário, uma sondagem quanto à compreensão foi realizada, para verificar se a linguagem e as palavras utilizadas estavam claras para cada participante e se o significado de cada frase era o mesmo do questionário original. Durante essa etapa, obtiveram-se considerações elencadas na tabela 5.

Posterior à análise das considerações e das dificuldades apresentadas durante a aplicação da versão pré-final, a comissão revisora foi novamente contatada para a elaboração do questionário final (ANEXO E).

Discussão

Cuidados linguísticos devem ser tomados quando se pensa na tradução de escalas desenvolvidas em outros idiomas, pois existem termos com especificidades inerentes em cada língua, que requerem cuidados²³⁻²⁴.

Durante a realização dessa pesquisa, notou-se uma dificuldade de compreensão em algumas questões, sendo que as que apresentaram maior

número de considerações foram a questão 8, “*Eu acredito que eu posso...fazer o que eu tenho que fazer para cuidar das minhas costas*”, com dificuldade de entendimento em 45,94% dos participantes, seguida da questão 15, “*Eu acredito que eu posso... exercitar-me quando eu preciso recomeçar com o programa de exercícios após abandoná-lo*” apresentando alguma dificuldade em 35,13% dos indivíduos envolvidos nessa pesquisa.

Perante o grande número de considerações a comissão revisora foi consultada para adequação dessas frases, visando à melhoria da compreensão das mesmas, onde foram escritas na versão final da seguinte forma respectivamente, “*Eu acredito que eu posso...Seguir as recomendações para cuidar das minhas costas*” e “*Eu acredito que eu posso... Voltar a realizar meu programa de exercícios após tê-lo abandonado*”.

Alguns itens necessitaram de mudanças e exemplos para serem melhor compreendidos, pois algumas palavras traduzidas da versão original demonstraram não serem frequentes no cotidiano da cultura dos brasileiros como “*carpete*”, presente no item 3, modificado durante a primeira fase para “*tapete*” e após a avaliação do comitê para “*superfície áspera (exemplo carpete)*” e as palavras “*lista telefônica*”, presente no item 2, adequada para um “*livro pesado*”, pois muitos dos participantes relataram não tê-la em casa e não lembravam do seu tamanho e do seu peso. Por último a palavra “*avião*” presente no item 4 e retirada após se ter verificado que ainda muitos dos participantes não tinham viajado com esse meio de transporte e isso possa ser um reflexo da população brasileira.

A quantidade de degraus em um “*lance*” de escada, também foi uma dúvida durante a aplicação do instrumento, pois muitos entendiam como apenas 3 degraus, quando na verdade seriam três sequências de pelo menos 10 degraus. Por esse motivo foi colocado entre parênteses o número total de degraus.

Os participantes foram maioria do gênero feminino e apresentaram um IMC de 27,36 (DP=4,59) sobrepeso, corroborando com os achados da literatura que os apresentam como fatores de associação à dor lombar, tanto como preditor como de agravamento dessa condição^{25,26,27}.

Autores relatam que a avaliação de pacientes com dor crônica deve contemplar a natureza da experiência no curso do tempo, intensidade, interferências funcionais e ainda a sobrecarga emocional associada.

Estudos apontam que a intensidade da dor muitas vezes não esta associada à diminuição da capacidade, reforçando a importância que os fatores emocionais desempenham na ocorrência da incapacidade²⁸.

Nota-se que a capacidade do indivíduo é influenciada por sua autoeficácia, pois as pessoas que apresentam esse aspecto baixo acabam não se envolvendo efetivamente no tratamento, bem como tem atitudes mais passivas e desistem facilmente dos objetivos na presença de obstáculos. No entanto, aqueles que apresentam uma elevada autoeficácia aderem melhor ao tratamento, são mais persistentes e mantem suas atividades muitas vezes apesar da dor^{28,29}.

Vlaeyen *et al.*³⁰ propõem um modelo cognitivo comportamental para pacientes com dor lombar na qual evidenciam que o medo de se movimentar possivelmente contribui para a manutenção da dor. Alguns indivíduos após a experiência dolorosa da lombalgia desenvolvem um pensamento de medo em realizar o movimento (pensamento catastrófico), que promove uma redução da movimentação, gerando uma diminuição na tolerância à dor e conseqüente sensação de dolorosa novamente, fechando o ciclo. Já aqueles que não desenvolvem esse pensamento se recuperam ao longo do tempo³¹.

A diminuição da capacidade funcional promove alterações na realização das atividades de vida diárias, afetando assim a qualidade de vida, destes indivíduos^{32,33}. Assim a incapacidade tem sido objeto de preocupação pelo alto custo com os cuidados em saúde e ainda as implicações socioeconômicas³⁴.

Dessa forma nota-se o quão complexo é o entendimento da dor lombar, bem como das alterações que ela provoca. Nota-se que a avaliação da autoeficácia desse pacientes é de extrema importância, fazendo com que aplicação desse instrumento seja de grande valia durante o início do tratamento de indivíduos com dor lombar ou ainda como meio de comparação para verificar a evolução do tratamento.

Implicações para prática

Esse questionário proporciona aos terapeutas, preocupados com a prática baseada em evidências, dados objetivos quanto aos aspectos de funcionalidade, capacidade de exercício e autorregulação de seus pacientes. Este é um aspecto importante para avaliação inicial fornecendo informações que irão nortear a prescrição do exercício, assim como permitir uma avaliação da evolução clínica.

Implicações para pesquisa

A necessidade de adequação de instrumentos com a finalidade de avaliar a autoeficácia de pacientes com dor lombar é muito relevante, uma vez que não existem questionários com essa finalidade adaptados para a língua portuguesa. Assim, esse trabalho vem ampliar os meios de avaliação dessa população e, ainda, permitir a comparação entre estudos realizados em qualquer lugar que venham a utilizar o mesmo questionário, fazendo com que as evidências se fortaleçam.

Essa versão não pode ser aplicada na população brasileira, devendo-se realizar, ainda, a avaliação das propriedades psicométricas, etapa que já vem sendo desenvolvida por um grupo de pesquisa com a finalidade de disponibiliza-lo para aplicação e disseminação nessa população.

Outro aspecto importante seria a criação de um escore de pontuação que auxiliaria na avaliação e comparação entre pacientes.

Conclusão

Este instrumento está traduzido e adaptado para língua portuguesa e seguiu criteriosamente o método indicado para esta finalidade.

Este estudo descreveu aspectos importantes para validação de conteúdo de instrumentos, etapa importante para o desenvolvimento do processo de adaptação. Ciente de que esse procedimento é importante mais não único, devendo ser englobado a uma pesquisa maior que avalie a validade, confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento.

Referências

1. Airaksinen O, Hildebrandt J, Mannion AF, Ursin H; Brox JI, J Klüber-Moffett, Reis S, Zanoli G, Cedraschi C, Kovacs F, Staal JB. European Guidelines for the Management of chronic non-specific low back pain. *Eur SpineJ* 2006; 2: 192-300.
2. Natour J, Assis MR. Lombalgia e Lombociatalgia. In: Lopes AC. Diagnóstico e Tratamento em Reumatologia. 1ed. São Paulo: Manole; 2007. p. 1481.
3. Frank A. Low back pain. *BMJ*. 1993; 306: 901-9.
4. Santos-Eggimann B, Wietlisbach V, Rickenbach M, Paccaud F, Gutzwiller F. One- year prevalence of low back pain in two Swiss Regions: estimates from the population participating in the 1992-1993 MONICA project. *Spine* 2000; 25: 2473-9.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults—United States, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2001; 23: 120-125.
6. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am*. 2006; 88: 21-24.
7. IBGE, 2007. Censo Demográfico de 2007 . Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, fornecidos em meio eletrônico.
8. Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, Pennie B, Reilly JP, Atchison LE. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine* 1995; 20(4): 478-84.
9. Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S. Psychosocial Predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine* 1995;20(6):722-8.
10. Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population. *Spine* 1995; 20 (24): 2731-7.
11. Papageorgiou AC, Macfarlane GJ, Thomas E, Croft PR, Jayson MIV, Silman AJ. Psychosocial factors in the workplace: do they predict new episodes of low back pain? Evidence from the South Manchester Back Pain Study. *Spine* 1997; 22 (10): 1137-42.
12. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute

- low back pain: relationship with current and future disability and work status. *Pain* 2001; 94: 7–15.
13. Picavet HSJ, Vlaeyen JWS, Schouten JSAG. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiology* 2002; 156 (11) 1028-1034.
 14. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977; 84: 191-215.
 15. Bandura, A. Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983; 45: 464-469.
 16. Bandura, A. Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1988;1: 77-98.
 17. Bandura, A. Self-regulation of motivation and action through goal systems. In V. Hamilton, G. H. Bower, & N. H. Frijda, *Cognitive perspectives on emotion and motivation*. 1988: 37-61
 18. Martins AC, Ribeiro JLP. Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas . *Aná. Psicol.* 2008; .26 (1): 135-145.
 19. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev. psiquiatr. clín.* 2005; 32 (4): 202-210.
 20. Poínhos R, Canelas H, Oliveira BMPM, Correia F. Desenvolvimento e validação de uma escala de auto-eficácia alimentar. *Ali Human.* 2013; 19 (2): 65-72.
 21. Flor H, Birbaumer N, Schugens, MM; Lutzenberger w. Symptom-specific psychophysiological responses in chronic pain patients. *Psychophysiology* 1992 Jul; 29 (4) 452-460.
 22. Yamanada KA, Lewthwaite R, Popovich Jr JM, Beneck GJ, Kuling K. The Low Back Activity Confidence Scale (LoBACS): preliminary validity and reliability. *Phys Ther* 2011; 91: 1592-1603.
 23. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25: 3186-3191.
 24. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín* 1998; 25 (5): 206-13.

25. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html,
26. Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MIV, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population: evidence from the South Manchester back pain survey. *Spine* 1995; 20: 1889-94
27. Beija I, Younes M, Jamila HB, Khalfallah T, Salem KB, Touzi M et al. Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. *Joint Bone Spine* 2004; 72: 254-9.
28. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: Prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46 (Esp): 16-23.
29. Holman, H. & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. Em Schwarzer, R. *Self-efficacy: Thought control and action* (pp. 305-323). London: Taylor & Francis
30. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, Eek H. Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995; 62: 363-372.
31. Romano, J.M. and Turner, J.A., Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship?. *Psychol. Bull* 1985; 97: 18-34.
32. Johnston C, Fernandes JG.; Paglioli B. Instrumentos utilizados para avaliar o estado funcional das pessoas com dor lombar. *Scientia Medica*. 2004; 14 (2): 170-175
33. Reneman MF *et al.* Testing Lifting Capacity: Validity of Determining Effort Level by Means of Observation. *Spine*. 2005; 30 (2): E40-E46,
34. MORAES MAA. Avaliação da eficácia de um programa de reabilitação como modificador nos indicadores de dor e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica inespecífica. 2003.

Tabela1: Características da amostra

Característica	n=37
Idade (anos) _{média(DP)}	53,59 (15,18)
Gênero n(%)	
Masculino	9 (24,3)
Feminino	28 (75,7)
Massa corporal (kg) _{mediana(quartis)}	72,00 (64,75; 79,60)
Altura (m) _{média(DP)}	1,63 (0,09)
IMC (kg/m ²) _{média(DP)}	27,36 (4,59)
Tempo de diagnóstico (anos) _{mediana(quartis)}	5 (2,00; 9,50)
Escolaridade n (%)	
Ensino fundamental	5 (13,5)
Segundo grau	7 (18,9)
Terceiro grau completo	25 (67,6)
Cirurgia n(%)	
Sim	1 (2,7)
Não	36 (97,30)

DP (desvio padrão); kg (quilograma); m (metro) e IMC (índice de massa corpórea)

Tabela 2: Esquematização das versões da tradução do questionário

Original	Tradução	Versão T-1234
1- Carry a box that weighs 25 lb. from a car into my home	T1: Carregar uma caixa de 11,34 quilos do meu carro para minha casa T2: Carregar uma caixa que pesa 11,34 quilos do carro para dentro da minha casa T3: Carregar uma Caixa de 11,350 kg do carro até minha casa T4: Carregar uma caixa que pesa 25 libras de um carro para a minha casa	Carregar uma caixa de 25 libras de um carro para dentro da minha casa
2- Move a heavy phone book from an overhead cabinet to a low shelf	T1: Mover uma lista telefônica pesada de uma prateleira acima da cabeça para outra abaixo T2: Mover uma lista telefônica pesada de um estante mais alta que a sua altura para uma estante mais baixa T3: Transportar uma lista telefônica pesada de uma mesinha de telefone para uma prateleira baixa. T4: Mover uma lista telefônica pesada de um armário alto para uma estante baixa.	Mover uma lista telefônica pesada de um armário acima da cabeça para uma estante baixa.
3- Push a sofa 10 ft into a new location across carpet	T1: Empurrar um sofá por 3,05 metros para um novo local por cima de um carpete T2: Empurrar um sofá de 3 metros em um novo local em cima do carpete T3: Mudar um sofá de lugar, arrastando-o pelo carpete. T4: Empurrar um sofá sobre o tapete por 10 pés até uma nova localização.	Empurrar um sofá por 10 ft para dentro de novo local sobre o tapete.
4- Sit for a 6-hour plane trip	T1: Permanecer sentado por 6 horas em uma viagem de avião T2: Sentar em uma viagem aérea de 6 horas T3: Realizar uma viagem com duração de 6 horas de voo. T4: Sentar por 6 horas durante uma viagem de avião.	Sentar por 6 horas em uma viagem de avião
5- Climb 3 flights of stairs	T1: Subir 3 lances de escada T2: Subir 3 lances de escada T3: Subir 3 lances de escada. T4: Subir 3 lances de escada	Subir 3 lances de escada
6- Walk 1 mile (10 city blocks) nonstop	T1: Caminhar 1,63 quilômetros (10 quadras) sem parar T2: Caminhar 10 quadras na cidade sem parar T3: Andar 1 km (10 quarteirões) sem parar. T4: Andar 1 milha (10 quarteirões de cidade) sem parar.	Caminhar 1 milha (10 quadras de uma cidade) sem parar
7- Stand in a slow-moving line for 3 hours	T1: Ficar em pé em uma fila por 3 horas T2: Ficar em pé numa fila lenta por 3 horas T3: Permanecer em uma fila lenta por 3 horas. T4: Ficar em uma fila lenta por 3 horas	Ficar em pé em uma fila lenta por 3 horas
8- Do what I have to do to take care of my back	T1: Faço o que eu tenho que fazer para cuidar das minhas costas T2: Ficar em pé numa fila lenta por 3 horas T3: Fazer o que preciso fazer para cuidar das minhas costas. T4: Fazer tudo o que eu tiver que fazer para cuidar das minhas costas.	Fazer o que eu tenho que fazer para cuidar das minhas costas

9- Control my low back problem in such a way that I can do the things I enjoy	T1: Controlo meu problema lombar de maneira que eu possa fazer coisas que eu gosto T2: O que eu tenho que fazer para cuidar das minhas costas T3: Controlar a dor na parte inferior das minhas costas sem abrir mão do que gosto de fazer. T4: Controlar meu problema na lombar de tal forma que eu consiga fazer as coisas que eu gosto.	Controlar meu problema na coluna lombar de maneira que eu possa fazer coisas que eu curto.
10- Find strength within myself to deal with the frustration of low back pain	T1: Encontro forças dentro de mim mesmo para lidar com a frustração da lombalgia. T2: Encontrar forças internas para lidar com a frustração da lombalgia. T3: Encontrar forças em mim mesmo (a) para lidar com a frustração de minha dor nas costas. T4: Encontrar forças em mim mesmo para lidar com a frustração da lombalgia.	Encontrar forças dentro de mim mesmo para lidar com a frustração da dor da coluna lombar
11- Continue to do my exercise program even when I have pain or discomfort	T1: Continuo a fazer meu programa de exercícios mesmo quando eu tenho dor ou desconforto . T2: Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo quando eu tenho dor ou desconforto. T3: Manter minha rotina de exercícios, mesmo que isso me cause dor e desconforto. T4: Encontrar forças em mim mesmo para lidar com a frustração da lombalgia.	Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo quando eu tenho dor ou desconforto
12- Continue to do my exercise program even if I have no current symptoms of my low back problem	T1 Continuo a fazer meu programa de exercício mesmo se eu não tenho sintomas do meu problema nas costas T2: Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo se eu não tiver sintomas T3: Continuar com meu programa de exercícios mesmo que eu não apresente nenhum sintoma do meu problema no momento. T4: Continuar fazendo meu programa de exercícios mesmo se eu não tiver nenhum sintoma no momento da minha dor na lombar.	Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo se eu não tenho sintomas atuais do meu problema na coluna lombar
13- Exercise regularly even if I was bored by the program or activity	T1: Exercito-me regularmente mesmo que eu esteja entediado do programa ou atividade T2: Exercitei-me regularmente mesmo se eu estava entediado pelo programa ou atividade T3: Realizar meu programa de exercícios, mesmo que seja chato ou tedioso. T4: Se exercitar regularmente mesmo se eu ficar entediado com o programa ou a atividade.	Exercitar-me regularmente mesmo se eu estiver chateado pelo programa ou atividade
14- Exercise when there is no one around to offer encouragement	T1: Exercito-me quando não há ninguém por perto para oferecer encorajamento T2: Exercitar-se quando não há estímulo ao lado para oferecer encorajamento. T3: Realizar os exercícios mesmo que não tenha algum profissional para me motivar. T4: Se exercitar quando não houver ninguém por perto para oferecer encorajamento	Exercitar-me quando não há ninguém ao redor para oferecer encorajamento
15- Exercise when I need to start up with the program again after lapsing	T1: Exercito-me quando eu preciso começar com um programa outra vez após falhar T2: Exercitei-me quando eu precisei recomeçar com o programa novamente após abandonar T3: Realizar exercícios quando preciso iniciar tratamento depois de recair. T4: Se exercitar quando eu precisar recomeçar o programa depois de descuidar.	Exercitar-me quando eu preciso começar com um programa novamente após falhar

Tabela 3: Esquematização das versões da etapa de retrotradução do questionário

Versão T-1234	Retrotradução	Versão pré-final (VPF)
1- Carregar uma caixa de 25 libras de um carro para dentro da minha casa	RT1: Carry a box weighing 25 pounds from a car to inside my house. RT2: Carry a box of 25 pounds weight to your house RT3: Carry a 25 pound box from my car to inside my house.	Carregar uma caixa de 10 quilos de um carro para dentro da minha casa
2- Mover uma lista telefônica pesada de um armário acima da cabeça para uma estante baixa.	RT1: Move a heavy telephone book on a bookcase from a high shelf to a lower shelf RT2: Move a heavy telephone book from an overhead closet to a lower shelf. RT3: Move a heavy phonebook from a cabinet above my head to a low shelf.	Mover uma lista telefônica pesada de um armário acima da cabeça para uma estante baixa
3- Empurrar um sofá por 10 ft para dentro de novo local sobre o tapete.	RT1: Push a sofa 10 ft. on carpet to a new location. RT2: Push a sofa 10 ft. to a new location over the carpet. RT3: Push a sofa 10 ft. to a new location on a rug.	Empurrar um sofá por 3 metros para dentro de novo local sobre o tapete
4- Sentar por 6 horas em uma viagem de avião	RT1: Sit for 6 hours on an airplane. RT2: Seat for six hours in an airplane trip. RT3: Sit for 6 hours on an airplane journey	Sentar por 6 horas em uma viagem de avião
5- Subir 3 lances de escada	RT1: Climb 3 flights of stairs. RT2: Climb 3 flights of stairs. RT3: Climb 3 flights of stairs.	Subir 3 lances de escada
6- Caminhar 1 milha (10 quadras de uma cidade) sem parar	RT1: Walk 1 mile (10 city blocks) without stopping. RT2: Walk one mile (10 city blocks) without stopping. RT3: Walk one mile (10 city blocks) without stopping.	Caminhar 1,5 quilômetros (15 quadras de uma cidade) sem parar
7- Ficar em pé em uma fila lenta por 3 horas	RT1: Stay on my feet in a slow moving line for 3 hours. RT2: Stand in a long line for three hours RT3: Stand in a slow moving queue for 3 hours	Ficar em pé em uma fila lenta por 3 horas
8- Fazer o que eu tenho que fazer para cuidar das minhas costas	RT1: Do what I have to do to take care of my back. RT2: Be able to do what I need to do to take care of my shoulders RT3: Do what I have to do to look after my back	Fazer o que eu tenho que fazer para cuidar das minhas costas
9- Controlar meu problema na coluna lombar de maneira que eu possa fazer coisas que eu curto.	RT1: Control my back problem in a way so that I can do the things I enjoy. RT2: Control my spinal column problem in a manner that i will be able to do the things that I like. RT3: Control my lumbar spine problem that I can do the things I enjoy	Controlar meu problema na coluna lombar de maneira que eu possa fazer coisas que eu gosto

10- Encontrar forças dentro de mim mesmo para lidar com a frustração da dor da coluna lombar	RT1: Find the strenght within me to deal with the frustration of back pain. RT2: Find strength in me to deal with frustrating pain in my spinal cord. RT3: Find the strength within myself to deal with the frustration of lumbar spine pain	Encontrar forças dentro de mim mesmo para lidar com a frustração da dor da coluna lombar
11- Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo quando eu tenho dor ou desconforto	RT1: Continue to do my exercise program even when I'm experiencing pain or discomfort. RT2: Continue to do my exercise program even when I have pain or discomfort RT3: Keep doing my exercise program even when I have pain or discomfort.	Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo quando eu tenho dor ou desconforto
12- Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo se eu não tenho sintomas atuais do meu problema na coluna lombar	RT1: Continue to do my exercise program even when I'm not experiencing symptoms of back pain. RT2: Continue to do my exercise program even if i don't have actual symptoms of my spinal colum problem. RT3: Keep doing my exercise program even if I have no current symptoms of my lumbar spine pain problem	Continuar a fazer meu programa de exercício mesmo se eu não tenho sintomas atuais do meu problema na coluna lombar
13- Exercitar-me regularmente mesmo se eu estiver chateado pelo programa ou atividade	RT1: Exert myself regularly even if I'm annoyed by the program or activity. RT2: Exercise regularly even if I am upset with the program or activity. RT3: Work out regularly even if I am bored by the program or activity	Exercitar-me regularmente mesmo se eu estiver chateado com o programa ou a atividade
14- Exercitar-me quando não há ninguém ao redor para oferecer encorajamento	RT1: Exert myself even when there is no one around to encourage me. RT2: Exercise even when there is no one in my circle to offer encouragement. RT3: Work out even when no one is around to give me encouragement	Exercitar-me quando não há ninguém ao redor para oferecer encorajamento
15- Exercitar-me quando eu preciso começar com um programa novamente após falhar	RT1: Exert myself when I need to start over with a program after failing. RT2: Exercise when I need to begin a new program after failing. RT3: Work out when I need to start a program again after failing.	Exercitar-me quando eu preciso recomeçar com o programa de exercícios após abandoná-lo

Tabela 4 – Resultado do questionário LoBACS.

Domínio	Pontuação (Md – 1 e 3 quartis)
Funcionalidade	78,57 (47,85; 91,42)
Autorregulação	90,00 (80,00; 96,66)
Capacidade de exercício	86,00 (76,00; 94,00)
Total	82,66 (62,03; 90,66)

Tabela 5: Considerações realizadas durante a aplicação do questionário

Questão	Considerações	Considerações
1	1	<i>“Não precisa ser necessariamente uma caixa, pois é muito mais fácil carregar um cachorrinho que pesa 10 quilos do que uma caixa que com o mesmo peso que possui arestas”.</i>
2	1	<i>“Quanto pesa uma lista telefônica?”</i>
3	2	<i>“Qual o tamanho do sofá 1, 2 ou 3 lugares?”/ “Empurrar sobre o tapete?” / “Empurrar por cima ou em cima do tapete?”</i>
4	2	<i>“Nunca viajei de avião” / “Poderia colocar outros meios de transportes?”.</i>
5	1	<i>“Quanto é um lance de escada?”</i>
6	1	<i>“O que seriam 15 quadras?”</i>
7	-	-
8	17	<i>“Não entendi a frase” / “Seria fazer o tratamento indicado?” / “Poderia dar um exemplo?”</i>
9	3	<i>“Não compreendi o sentido da frase”/ “Poderia me dar um exemplo?”</i>
10	2	<i>“Não entendi o sentido da frase, poderia me dar um exemplo?” / “Encontrar força física?”</i>
11	1	<i>“Não entendi o sentido da frase, poderia me dar um exemplo?”</i>
12	-	-
13	-	-
14	1	<i>“O que significa encorajamento?”</i>
15	13	<i>“Não entendi o significado da frase, poderia me dar um exemplo?”</i>

CONCLUSÃO GERAL

A versão brasileira do LoBACS (*Low Back activity confidence Scale*) se mostrou pertinente para a população brasileira, demonstrando ser um instrumento essencial para profissionais da saúde preocupados com a adequada avaliação de seus pacientes.

Ciente de todo o processo necessário para a adequação de questionários a um novo idioma, esse trabalho descreveu etapas fundamentais para a tradução e adaptação do instrumento, visto que ainda é necessária a realização da avaliação das propriedades psicométricas.

REFERÊNCIAS

1. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998; 23 (17): 1860–6. PubMed; PMID:9762743.
2. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ. Low Back Pain. *J Orthop sports Phys Ther*. 2012 Apr; 42 (4): A1-A57. PubMed; PMID 22466247.
3. Airaksinen O; Hildebrandt J; Mannion AF; Ursin H; Brox JI; J Klüber-Moffett; Reis S; Zanoli G, Cedraschi C, Kovacs F, Staal JB. European Guidelines for the Management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar; 15 (2): S192-300. PubMed; PMID 16550448.
4. Frymoyer, J. W., & Cats-Baril, W. L. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am*. 1991 Apr; 22: 263–271. PubMed; PMID 1826550.
5. Martin CR, Gruszczynski AT, Braunsfurth HA, Fallatah SM, O'Neil J, Wai EK. The surgical management of degenerative lumbar spondylolisthesis: a systematic review. *Spine*. 2007 Jul; 32 (16): 1791–8. PubMed; PMID 17632401.
6. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J*. 2008 Jan-Feb; 8 (1): 8–20. PubMed; PMID 18164449.
7. van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002 Dec; 16 (5): 761-75. PubMed; PMID 12473272.
8. Sullivan MJ, Reesor K, Mikail S, Fisher R. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain*. 1992 Jul; 50 (1): 5-13. PubMed; PMID 1387469.
9. GIL, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6.ed. São Paulo: Atlas;1999.
10. Yamanada KA, Lewthwaite R, Popovich Jr JM, Beneck GJ, Kuling K. The Low Back Activity Confidence Scale (LoBACS): preliminary validity and reliability. *Phys Ther*. 2011 Nov; 91 (11): 1592-1603. PubMed; PMID 21852520.

11. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977; 84: 191-215.
12. Bandura, A. Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1983; 45:464-469.
13. Bandura, A. Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research,* 1988; 1: 77-98.
14. Bandura, A. Self-regulation of motivation and action through goal systems. In V. Hamilton, G. H. Bower, & N. H. Frijda, *Cognitive perspectives on emotion and motivation.* 1988: 37-61.
15. Brislin RW, Lonner WJ, Thorndike RM. *Cross-Cultural Research Methods.* New York: Wiley; 1973: 32-58.
16. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978 Feb; 88 (2): 251–258. PubMed; PMID 626456.
17. Kovacs FM, Muriel A, Abriaira V, Medina JM, Castilho Sanchez MD, Olade J. The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in spanish low back pain patients. *Spine.* 2005; 30 (22): E676-682. PubMed; PMID: 16284579.
18. Sampaio RP, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonceca TCO *et al.* Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9 (2): 129-136.
19. Posadki P; Liziz P, Hagner-Derengowska M. Pilates for low back pain: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract.* 2011 May; 17 (2): 85-89. PubMed; PMID:21457897.
20. Hoy D, Brooks P, Blyth R, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010 Dec; 24 (6): 769-781. PubMed; PMID 21665125.
21. Vitta A. A lombalgia e suas relações com o tipo de ocupação com a idade e sexo. *Rev Bras Fisio.* 1996; 1 (2): 67-72.
22. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A Systematic Review of the global prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum.* 2012 Jun; 64 (6): 2028-2037. PubMed; PMID 22231424.

23. Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2005 Mar; 17: 134-140. PubMed; PMID 15711224.
24. Silva M, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2004 Mar; 20 (2): 377-385.
25. Vogt MT, Lauerman WC, Chirumbole M, et al. A community-based study of postmenopausal white women with back and leg pain: health status and limitations in physical activity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 Aug; 57 (8): M544–50. PubMed; PMID 12145370.
26. Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine*. 2003 Jun; 28 (11): 1195–202. PubMed; PMID 12782992.
27. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross T, Shekelle P, Owens DK. Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the american college of physicians and american pain society. *Ann Intern Med*. 2007 Oct; 147 (7): 478-491. PubMed; PMID 117909209.
28. Grotle M. Clinical course and prognostic factors in patients with low back pain disability: a methodological and clinical study. *Fysioterapeuten*. 2005 Aug; 8: 14-20.
29. Teixeira MJ, Figueiró JAB, Yeng LT, Pimenta CAMP. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In Carvalho MMMJ. *Dor: um estudo multidisciplinar*. 2 ed. São Paulo: Summus Editorial; 1999. p.87-139.
30. Kreling MCG, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência da dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006 jul; 59 (4): 509-513.
31. Boff BM, Leite DF, Azambuja MI. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Revista de Saúde Pública*. 2002; 36 (3): 337-342.
32. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine*. 1995 Jan; 20 (1): 11-19. PubMed; PMID 7709270.

33. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: Prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46: 16-23.
34. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995; 7: 524-532.
35. Sullivan MJL, Stanish W, Waite H, Sullivam M, Tripp DA. Catastrophizing pain disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*. 1998; 7:253-260.
36. Brox JI, Storheim K, Grotle M, Tveito TH, Indahl A, Eriksen HR. Evidence-informed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fear-avoidance training. *Spine J*. 2008 Jan-Feb; 8 (1): 28-39.
37. Lackner, JM. Carosella AM. The relative influence of perceived pain control, anxiety, and functional self-efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. *Spine*. 1999 Nov; 24 (21): 2254-60. PubMed; PMID 10562993.
38. Arnstein P. The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil*. 2000 Nov; 22 (17): 794-801. PubMed; PMID 11194620.
39. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932; 22:5-55.
40. Pestana, MH, Gageiro, JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5. ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
41. Davenport TE, Cleland JA, Yamada KA, Kulig. Measurement properties of the Low Back Activity Confidence Scale (LoBACS). *Eval Health Prof*. 2014 Mar; 31: 1-11.
42. Richardson, RJ. *Pesquisa social; métodos e técnicas*. São Paulo, Editora Atlas, 1985.
43. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciênc. saúde Colet*. 2011; 16 (7): 3061-3068.
44. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 Dec; 25 (24): 3186-3191. PubMed; PMID 11124735.

45. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Públ.* 2007; 41 (4): 2-9.
46. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998; 7 (4): 323-335. PubMed; PMID 9610216.
47. Berkanovic E. The effect of inadequate language Translation on Hispanics' responses to health surveys. *Am J Public health.* 1980 Dec; 70 (12): 1273-1275.
48. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH e *quickDaSH* outcome measures. Institute for Work & Health. 2007; 1-45.
49. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil-SF-36). *Rev. Bras Reumatol.* 1999 jun; 39 (3): 143-150.
50. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993 Dec; 46 (12): 1417-1432. PubMed; PMID 8263569.
51. Zanni KP, Matsukura TS, Maia-filho HS. Adaptação transcultural para o português Brasileiro do Instrumento *The Epilepsy Beliefs and Attitudes Scale* (EBAS)- Adult Version. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2009; 15 (4): 152-164.
52. Gandek B, Ware J. Methods for validating and norming translations of Health Status Questionnaires: the IQOLA project approach. *J clin Epidemiol.* 1998; 51 (11): 953-959. PubMed; PMID 9817112.

ANEXOS

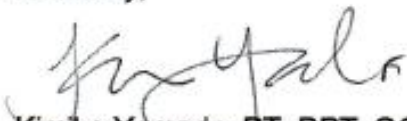
ANEXO A

February 20, 2012

To Whom It May Concern:

I authorized the Professor Jefferson R. Cardoso, PT, PhD to translate, to adapt, and to assess the psychometric properties of the Low Back Activity Confidence Scale (LoBACS) into Portuguese language. Since the original research was done under a grant from the Foundation for Physical therapy, all re-publications should carry the acknowledgement: "Supported in part by a grant from the Foundation for Physical Therapy."

Sincerely,



Kimiko Yamada, PT, DPT, OCS, ATC
kayamada@usc.edu

ANEXO B



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	098/2013
CAAE:	17918313.4.0000.5231
Data da Relatoria:	14/06/2013
Pesquisador(a):	Jefferson Rosa Cardoso
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Fisioterapia

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"Tradução, Adaptação Transcultural e Avaliação das Propriedades Psicométricas da *Low Back Activity Confidence Scale* para a Língua Portuguesa: LoBACS – Brasil"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.

Londrina, 24 de junho de 2013.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina



ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: **Tradução, Adaptação Transcultural e Avaliação das Propriedades Psicométricas da *Low Back Activity Confidence Scale* para a Língua Portuguesa: LoBACS – Brasil.**

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa acima descrita que será realizada na Universidade Estadual de Londrina (Laboratório de Pesquisa em Biomecânica e Epidemiologia Clínica). O objetivo da pesquisa é traduzir, adaptar transculturalmente e avaliar as propriedades psicométricas do *Low Back Activity Confidence Scale (LoBACS)*, um instrumento que avalia a sua confiança e auto-eficácia quanto a sua dor lombar. A sua participação é muito importante e ela se daria respondendo ao questionário específico (e outros) no laboratório de pesquisa da UEL.

Informamos que o senhor (a) não pagará e nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes do deslocamento serão ressarcidas pelos pesquisadores.

A participação na pesquisa é voluntária, ou seja, pode haver a recusa na participação ou a desistência a qualquer momento sem que isto acarrete ônus ou prejuízo a sua pessoa. A participação ou a não-participação neste projeto não irá interferir na relação de trabalho. Se o entrevistado precisar de esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa estes serão fornecidos em qualquer tempo do curso da pesquisa pelo laboratório de pesquisa (ver abaixo) ou Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60 (fone 3371-2490).

Este estudo foi avaliado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. Informamos que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mediante a aceitação em participar da pesquisa de livre e espontânea vontade, depois de ter lido ou ouvido este termo, este será preenchido em duas vias e assinado pelo participante e pelo entrevistador para que produza seus efeitos éticos, jurídicos e legais. O entrevistado e a equipe ficarão com uma cópia deste termo de consentimento.

Eu, _____
 Residente a Rua _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Estou de acordo com os esclarecimentos acima e quero participar dessa pesquisa.

 Assinatura do participante

 Prof. Jefferson Rosa Cardoso / Prof. Edson L. Lavado / Profa. Ligia Maria Facci
 Coordenador do Projeto

Escala de Confiança Para Atividades da Coluna Lombar

Nome: _____ DN: ___/___/___ Gênero: ()Masc ()Fem
 Data: ___/___/2014

Escala de Confiança Para Atividades da Coluna Lombar

Os seguintes itens tem o objetivo de determinar quais tipos de atividades você pode fazer com facilidade, quais são mais difíceis e quais você não consegue fazer com sucesso. **Por favor, indique seu grau de confiança, neste presente momento, para fazer a atividade em questão, circulando o número apropriado.** Selecione a resposta que mais se aproxima com você, lembrando que não há respostas certas ou erradas.

Por exemplo, no item 1 se você tem <u>quase confiança completa</u> de que você poderia carregar um objeto que pesa 10 quilos do carro para sua casa, você pode circular 90% . Se, entretanto, você <u>não tiver confiança alguma</u> que você poderia carregá-lo do carro para sua casa, você circularia 0% .												
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%		
Nenhuma Confiança			Confiança Moderada						Confiança Total			

Eu acredito que eu posso...											
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Carregar um objeto de 10 quilos do carro para dentro da minha casa	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Mover um livro pesado de uma estante acima da minha cabeça para uma estante mais baixa	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Empurrar um sofá grande por 3 metros para dentro de outro local sobre uma superfície áspera (por exemplo um carpete)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Permanecer sentado por 6 horas em uma viagem	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Subir 3 lances de escada (30 degraus)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6. Caminhar 1,5 quilômetros (15 quadras/quarteirões de uma cidade) sem parar	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7. Ficar em pé em uma fila lenta por 3 horas	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8. Seguir as recomendações para cuidar das minhas costas	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. Controlar meu problema da coluna lombar de maneira que eu consiga fazer coisas de que eu gosto	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10. Encontrar forças dentro de mim para lidar com a frustração da dor em minha coluna.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11. Continuar a fazer meus exercícios, mesmo quando eu tenho dor ou desconforto	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12. Continuar a fazer meus exercícios mesmo se eu não tenho sintomas atuais do meu problema na coluna	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13. Exercitar-me regularmente mesmo se eu estiver chateado (a) com o programa ou a atividade	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14. Exercitar-me quando não há alguém ao redor para oferecer encorajamento	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
15. Voltar a realizar meu programa de exercícios após tê-lo abandonado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

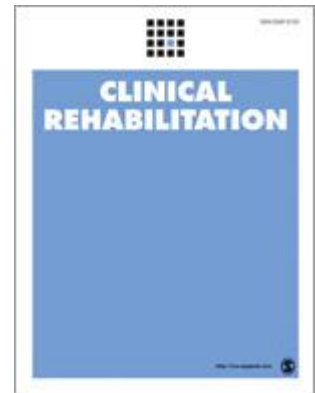
Pontuação:

Média 1-7 (funcionalidade): ___ Média 8-10 (autorregulação): ___ Média 11-15 (capacidade de exercício): ___ Média Total: ___

ANEXO F

Normas da revista *Clinical Rehabilitation*

Manuscript Submission Guidelines - Clinical Rehabilitation



1. **Peer review policy**
2. **Article types**
 - 2.1 *Summary of manuscript structure/style*
3. **How to submit your manuscript**
4. **Journal contributor's publishing agreement**
 - 4.1 *SAGE Choice*
5. **Declaration of conflicting interests policy**
6. **Other conventions**
 - 6.1 *Informed consent*
 - 6.2 *Ethics*
7. **Acknowledgments**
 - 7.1 *Funding acknowledgement*
8. **Permissions**
9. **Manuscript style**
 - 9.1 *File types*
 - 9.2 *Journal style*
 - 9.3 *Reference style*
 - 9.4 *Manuscript preparation*
 - 9.4.1 **Keywords and abstracts: Helping readers find your article online**
 - 9.4.2 **Corresponding author contact details**
 - 9.4.3 **Guidelines for submitting artwork, figures and other graphics**
 - 9.4.4 **Guidelines for submitting supplemental files**
 - 9.4.5 **English language editing services**
10. **After acceptance**
 - 10.1 *Proofs*
 - 10.2 *E-Prints and complimentary copies*
 - 10.3 *SAGE production*
 - 10.4 *Online First publication*
11. **Further information**
 - 11.1 **Important 'Instructions to Authors' – from the Editor**
 - 11.2 **Contact SAGE**

Clinical Rehabilitation is a highly ranked, peer reviewed scholarly journal. It is a multi-professional journal covering the whole field of disability and rehabilitation, publishing research and discussion articles which are scientifically sound, clinically relevant and sometimes provocative.

The journal acts as a forum for the international dissemination and exchange of information amongst the large number of professionals involved in rehabilitation.

The leading journal in its field, *Clinical Rehabilitation* combines clinical application of scientific results and theoretical aspects in an ideal form. It gives high priority to articles

describing effectiveness of therapeutic interventions and the evaluation of new techniques and methods.

1. Peer review policy

The journal's policy is to obtain at least two independent reviews of each article. It operates a double-blind reviewing policy in which the reviewer's name is always concealed from the submitting author; authors may choose to reveal their name but the journal otherwise leaves the article anonymous. Referees will be encouraged to provide substantive, constructive reviews that provide suggestions for improving the work and distinguish between mandatory and non-mandatory recommendations.

All manuscripts accepted for publication are subject to editing for presentation, style and grammar. Any major redrafting is agreed with the author but the Editor's decision on the text is final.

2. Article types

The journal publishes original papers, systematic reviews, *Rehabilitation in Practice* articles correspondence relating to published papers and short reports. Other article types should be discussed with the editor before submission.

2.1 Summary of manuscript structure:

- A title page with names and contact details for all authors
- A **structured** abstract of **no more than 250 words** (the website checks this)
- The text (usually Introduction, Methods, Results, Discussion)
- Clinical Messages (2-4 bullet points, 50 words or less)
- Acknowledgements, author contributions, competing interests and funding support
- References (Vancouver style)
- Tables, each starting on a new page
- Figures, each starting on a new page
- Appendix (if any)

Please note that short reports follow a different format:

- The main text of a short report will usually be between **1000 and 1500 words** in length.
- A short report should have sufficient key references to cover all important points, but no more and usually there will be a **maximum of 15 references**.
- Tables and figures can be very efficient and effective ways of presenting data. A short report will usually have **no more than three tables and figures** (in total) and most will be restricted to two.

3. How to submit your manuscript

Before submitting your manuscript, please ensure you carefully read and adhere to all the guidelines and instructions to authors provided below. Manuscripts not conforming to these guidelines may be returned. If you would like to discuss your paper prior to

submission, please contact the Editor (Derick Wade)
at: clinical.rehabilitation@sagepub.co.uk

Clinical Rehabilitation has a fully web-based system for the submission and review of manuscripts. All submissions should be made online at the Clinical Rehabilitation SAGETRACK website:

<http://mc.manuscriptcentral.com/clinrehab>

Note: Online submission and review of manuscripts is now used for all types of papers.

New User Account

Please log onto the website. If you are a new user, you will first need to create an account. Follow the instructions and please ensure to enter a current and correct email address. Creating your account is a three-step process that takes a matter of minutes. When you have finished, your User ID and password is sent immediately via email. Please edit your user ID and password to something more memorable by selecting 'edit account' at the top of the screen. If you have already created an account but have forgotten your details type your email address in the 'Password Help' to receive an emailed reminder. Full instructions for uploading the manuscript are provided on the website.

New Submission

*Submissions should be made by logging in and selecting the Author Centre and the 'Click here to Submit a New Manuscript' option. Follow the instructions on each page, clicking the 'Next' button on each screen to save your work and advance to the next screen. If at any stage you have any questions or require the user guide, please use the '**Get Help Now**' button at the top right of every screen. Further help is available through ScholarOne's® Manuscript Central™ customer support at +1 434 817 2040 x 167 or email the editor with your manuscript as an attachment(s) and write a note to explain why you need to submit via this route.*

To upload your files, click on the 'Browse' button and locate the file on your computer. Select the designation of each file (i.e. for review – the main text, tables etc – or for the editor only, which is for the title page and any other files such as previous reviews or cosely related articles) in the drop down menu next to the browse button. When you have selected all the files you wish to upload, click the 'Upload Files' button.

Review your submission (in both PDF and HTML formats) and then click the Submit button

You may suspend a submission at any point before clicking the Submit button and save it to submit later. After submission, you will receive a confirmation e-mail. You can also log back into your author centre at any time to check the status of your manuscript, but not to change it.

Please ensure that you submit editable/source files only (Microsoft Word or RTF) and that your document does not include page numbers; the SAGETRACK system will generate them for you, and then automatically convert your manuscript to PDF for peer review. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revisions, will be by email.

If you would like to discuss your paper prior to submission please contact the Editor: clinical.rehabilitation@sagepub.co.uk, and if you wish to seek advice on the submission process please contact the Publishing Editor: charlotte.jardine@sagepub.co.uk

4. Journal contributor's publishing agreement

Before publication, SAGE requires the author as the rights holder to sign a Journal Contributor's Publishing Agreement. SAGE's Journal Contributor's Publishing Agreement is a exclusive licence agreement which means that the author retains copyright in the work but grants SAGE the sole and exclusive right and licence to publish for the full legal term of copyright. Exceptions may exist where an assignment of copyright is required or preferred by a proprietor other than SAGE. In this case copyright in the work will be assigned from the author to the society. For more information please visit our Frequently Asked Questions on the SAGE Journal Author Gateway.

4.1 SAGE Choice

If you wish your article to be freely available online immediately upon publication (as some funding bodies now require), you can opt for it to be included in SAGE Choice subject to payment of a publication fee. The manuscript submission and peer reviewing procedure is unchanged. On acceptance of your article, you will be asked to let SAGE know directly if you are choosing SAGE Choice. For further information, please visit SAGE Choice.

5. Declaration of conflicting interests

Within your Journal Contributor's Publishing Agreement you will be required to make a certification with respect to a declaration of conflicting interests. It is the policy of Clinical Rehabilitation to require a declaration of conflicting interests from all authors enabling a statement to be carried within the paginated pages of all published articles.

Please include any declaration at the end of your manuscript after any acknowledgements and prior to the references, under a heading 'Conflict of Interest Statement'. If no declaration is made, the following will be printed under this heading in your article: 'None Declared'. Alternatively, you may wish to state that 'The Author(s) declare(s) that there is no conflict of interest'.

When making a declaration, the disclosure information must be specific and include any financial relationship that all authors of the article have with any sponsoring organization and the for-profit interests that the organisation represents, and with any for-profit product discussed or implied in the text of the article.

Any commercial or financial involvements that might represent an appearance of a conflict of interest need to be additionally disclosed in the covering letter accompanying your article to assist the Editor in evaluating whether sufficient disclosure has been made within the Conflict of Interest statement provided in the article.

For more information please visit the SAGE Journal Author Gateway.

6. Other conventions

6.1 Informed Consent

Authors are required to ensure that the following guidelines are followed, as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals":http://www.icmje.org/urm_full.pdf).

Patients have a right to privacy that should not be infringed without informed consent. Identifying information, including patients' names, initials, or hospital numbers, should not be published in written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives written informed consent for publication. Informed consent for this purpose requires that a patient who is identifiable be shown the manuscript to be published. Complete anonymity is difficult to achieve, however, and informed consent should be obtained if there is any doubt. For example, masking the eye region in photographs of patients is inadequate protection of anonymity. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic pedigrees, authors should provide assurance that alterations do not distort scientific meaning and editors should so note.

When informed consent has been obtained it should be indicated in the submitted article.

Authors should identify individuals who provide writing/administrative assistance, indicate the extent of assistance and disclose the funding source for this assistance. Identifying details should be omitted if they are not essential.

6.2 Ethics

When reporting experiments on human subjects, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional or regional) or with the Declaration of Helsinki 1975, revised Hong Kong 1989. Do not use patients' names, initials or hospital numbers, especially in illustrative material. When reporting experiments on animals, indicate which guideline/law on the care and use of laboratory animals was followed.

7. Acknowledgements

Any acknowledgements should appear first at the end of your article prior to your Declaration of Conflicting Interests (if applicable), any notes and your References.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an 'Acknowledgements' section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support. Authors should disclose whether they had any writing assistance and identify the entity that paid for this assistance.

7.1 Funding Acknowledgement

To comply with the guidance for Research Funders, Authors and Publishers issued by the Research Information Network (RIN), *Clinical Rehabilitation* additionally requires all Authors to acknowledge their funding in a consistent fashion under a separate heading. All research articles should have a funding acknowledgement in the form of a sentence as follows, with the funding agency written out in full, followed by the grant number in square brackets:

This work was supported by the Medical Research Council [grant number xxx].

Multiple grant numbers should be separated by comma and space. Where the research was supported by more than one agency, the different agencies should be separated by semi-colons, with “and” before the final funder. Thus:

This work was supported by the Wellcome Trust [grant numbers xxxx, yyyy]; the Natural Environment Research Council [grant number zzzz]; and the Economic and Social Research Council [grant number aaaa].

In some cases, research is not funded by a specific project grant, but rather from the block grant and other resources available to a university, college or other research institution. Where no specific funding has been provided for the research we ask that corresponding authors use the following sentence:

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Please include this information under a separate heading entitled “Funding” directly after any other Acknowledgements prior to your “Declaration of Conflicting Interests” (if applicable), any Notes and your References.

For more information on the guidance for Research Funders, Authors and Publishers, please visit: <http://www.rin.ac.uk/funders-acknowledgement>.

8. Permissions

Authors are responsible for obtaining permission from copyright holders for reproducing any illustrations, tables, figures or lengthy quotations previously published elsewhere. For further information including guidance on fair dealing for criticism and review, please visit our Frequently Asked Questions on the SAGE Journal Author Gateway.

9. Manuscript style

9.1 File types

Only electronic files conforming to the journal's guidelines will be accepted. Preferred formats for the text and tables of your manuscript are Word DOC, and tiff or jpeg for figures (ideally figures will use journal colours). RTF, XLS and LaTeX files are also accepted. Please also refer to additional guideline on submitting artwork [and supplemental files] below.

9.2 Journal Style

Clinical Rehabilitation conforms to the SAGE house style. [Click here to review guidelines on SAGE UK House Style, which is summarised in 2.1.](#)

9.3 Reference Style

Clinical Rehabilitation operates a SAGE Vancouver reference style. [Click here to review the guidelines on SAGE Vancouver to ensure that your manuscript conforms to this reference style, which is summarised in 2.1.](#)

9.4. Manuscript Preparation

The text should be double-spaced throughout and with a minimum of 3cm for left and right hand margins and 5cm at head and foot. Text should be standard 10 or 12 point. SI units should be used throughout the text.

9.4.1 Keywords and Abstracts

The title, keywords and abstract are key to ensuring that readers find your article online through online search engines such as Google. Please refer to the information and guidance on how best to title your article, write your abstract and select your keywords by visiting SAGE's [Journal Author Gateway Guidelines on How to Help Readers Find Your Article Online](#).

9.4.2 Corresponding Author Contact details

Provide full contact details for the corresponding author including email, mailing address and telephone numbers. Academic affiliations are required for all co-authors.

9.4.3 Guidelines for submitting artwork, figures and other graphics

For guidance on the preparation of illustrations, pictures and graphs in electronic format, please visit SAGE's [Manuscript Submission Guidelines](#).

*Images should be supplied as bitmap based files (i.e. with .tiff or .jpeg extension) with a resolution of at least **300 dpi** (dots per inch). Line art should be supplied as vector-based, separate .eps files (not as .tiff files, and not only inserted in the Word or pdf file), with a resolution of **600 dpi**. Images should be clear, in focus, free of pixilation and not too light or dark.*

If, together with your accepted article, you submit usable colour figures, these figures will appear in colour online regardless of whether or not these illustrations are reproduced in colour in the printed version. If a charge applies you will be informed by your SAGE Production Editor. For specifically requested colour reproduction in print, you will receive information regarding the costs from SAGE after receipt of your accepted article.

All submissions should be written in a clear and succinct manner, following the style of the journal. The title page should include a descriptive title, authors' surnames and forenames, address of each author and full address, telephone, fax and email contacts for the corresponding author. In text: tables and figures are either inserted as part of a sentence, for example table 1 or in parentheses for example (figure 1). Each table should carry a descriptive heading. Each figure should be submitted either electronically or as finalised hard copy with descriptive legends on a separate sheet. In text: references (where relevant) by superscript number after punctuation.

9.4.4 Guidelines for submitting supplemental files

The journal may be able to host approved supplemental materials online, alongside the full-text of articles. Supplemental files will be subjected to peer-review alongside the article. Please contact the Editor (clinical.rehabilitation@sagepub.co.uk) in the first instance. For more information please refer to SAGE's Guidelines for Authors on Supplemental Files.

9.4.5 English Language Editing

Non-English speaking authors who would like to refine their use of language in their manuscripts might consider using a professional editing service. Visit <http://www.sagepub.co.uk/authors/journal/submission.sp> for further information.

10. After acceptance

10.1 Proofs

We will email a PDF of the proofs to the corresponding author. Corrections should be limited to typographical amendments. Authors' approval will be assumed if corrections are not returned by the date indicated. **Note:** the file "PDF Proof" received with the acceptance email is **not** a proof, despite its name.

10.2 E-Prints and Complimentary Copies

SAGE provides authors with access to a PDF of their final article. For further information please visit <http://www.sagepub.co.uk/authors/journal/reprint.sp>.

10.3 SAGE Production

At SAGE we place an extremely strong emphasis on the highest production standards possible. We attach high importance to our quality service levels in copy-editing, typesetting, printing, and online publication (<http://online.sagepub.com/>). We also seek to uphold excellent author relations throughout the publication process.

We value your feedback to ensure that we continue to improve our author service levels. On publication all corresponding Authors will receive a brief survey questionnaire on your experience of publishing in *Clinical Rehabilitation* with SAGE.

10.4 OnlineFirst Publication

Clinical Rehabilitation provides the opportunity for your article to be included in OnlineFirst, a feature offered through SAGE's electronic journal platform, SAGE Journals Online. It allows final revision articles (completed articles in queue for assignment to an upcoming issue) to be hosted online prior to their inclusion in a final print and online journal issue. This significantly reduces the lead time between submission and publication. For more information please visit our OnlineFirst Fact Sheet.

11. Further information

11.1 Important 'Instructions to Authors' – from the Editor

Further specific advice on editorial aspects of the journal and of writing for the journal are also available.