

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA SINTOMAS DO JOELHO “LYSHOLM KNEE SCORING SCALE” – TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

SPECIFIC QUESTIONNAIRE FOR KNEE SYMPTOMS - THE “LYSHOLM KNEE SCORING SCALE” – TRANSLATION AND VALIDATION INTO PORTUGUESE

MARIA STELLA PECCIN¹, ROZANA CICONELLI², MOISÉS COHEN³

RESUMO

As doenças do joelho apresentam conseqüências variadas para a função e a qualidade de vida do indivíduo. Para traduzir, validar e verificar as propriedades de medida do questionário específico para sintomas do joelho “Lysholm Knee Scoring Scale” para a língua portuguesa, selecionamos, por conveniência, 50 pacientes (29 homens e 21 mulheres, média de idade 38,7 anos) com lesão de joelho (lesão meniscal, lesão do ligamento cruzado anterior, condromalácia ou artrose). A reprodutibilidade e a concordância ordinal inter e intra-entrevistador foram excelentes ($\alpha = 0,9$). A concordância nominal inter-entrevistadores foi boa (Kappa = 0,7) e intra-entrevistador, excelente (Kappa = 0,8). No processo de validação, correlacionamos o questionário Lysholm com a escala numérica da dor ($r = -0,6$; $p = 0,001$) e com o índice de Lequesne ($r = -0,8$; $p = 0,001$). As correlações entre o Lysholm e a avaliação global da saúde pelo paciente e pelo terapeuta apresentaram-se fracas e não significantes. As correlações entre o questionário Lysholm e o SF-36 foram significantes nos aspectos físicos ($r = 0,4$; $p = 0,04$), de dor ($r = 0,5$; $p = 0,001$) e de capacidade funcional ($r = 0,7$; $p = 0,0001$). Concluímos que a tradução e adaptação cultural do “Lysholm knee scoring scale” para o nosso idioma apresentou reprodutibilidade e validade em pacientes com lesão meniscal, lesão do ligamento cruzado anterior, condromalácia ou artrose do joelho.

Descritores: Questionários; Tradução; Traumatismos do joelho.

SUMMARY

Knee diseases present variable consequences for an individual's function and quality of life. For the purposes of translating, validating and checking the measurement properties of the specific questionnaire for knee symptoms - the “Lysholm Knee Scoring Scale” - into Portuguese, we selected, for convenience, 50 patients (29 males and 21 females, mean age = 38.7 years) with knee injuries (meniscal injury, anterior cruciate ligament injury, chondromalacia or arthrosis). Reproducibility and ordinal consistency inter- and intra-interviewer were excellent ($\alpha = 0.9$). The nominal consistency inter-interviewers was good (Kappa = 0.7) and intra-interviewer was excellent (Kappa = 0.8). During validation process, we correlated the Lysholm questionnaire with the pain numerical scale ($r = -0.6$; $p = 0.001$) and with the Lequesne index ($r = -0.8$; $p = 0.001$). Correlations between Lysholm questionnaire and the global health evaluation by patient and by therapist were poor and not significant. The correlations between Lysholm questionnaire and SF-36 were significant for physical aspects ($r = 0.4$; $p = 0.04$), pain ($r = 0.5$; $p = 0.001$) and function ($r = 0.7$; $p = 0.0001$). We concluded that the translation and cultural adaptation of the “Lysholm knee scoring scale” into our language have proven to be reproducible and valid in patients with meniscal injury, anterior cruciate ligament injury, chondromalacia or knee arthrosis.

Keywords: Questionnaires; Translations; Knee injuries.

Citação: Peccin MS, Ciconelli R, Cohen M. Questionário específico para sintomas do joelho “Lysholm Knee Scoring Scale” – tradução e validação para a língua portuguesa. Acta Ortop Bras. [periódico na Internet]. 2006; 14(5):268-272. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>.

Citation: Peccin MS, Ciconelli R, Cohen M. Specific questionnaire for knee symptoms - the “Lysholm Knee Scoring Scale” – translation and validation into portuguese. Acta Ortop Bras. [serial on the Internet]. 2006; 14(5):268-272. Available from URL: <http://www.scielo.br/aob>.

INTRODUÇÃO

Os transtornos internos da articulação do joelho são inúmeros e de conseqüências variadas para a função e a qualidade de vida do indivíduo. A crescente procura por atividades físicas associada a uma anatomia complexa e tão vulnerável da articulação do joelho fez com que aumentasse a incidência de lesões ligamentares desta articulação, principalmente do ligamento cruzado anterior. A instabilidade ligamentar é relatada pelo paciente que queixa-se de falseios e insegurança em determinados movimentos. A instabilidade anterior crônica evolui com grande incidência de alterações degenerativas radiográficas, além de lesões meniscais e condrais. A tendência atual para pacientes que pretendem continuar com a prática desportiva é a indicação de reconstrução ligamentar do joelho. A evolução da cirurgia do joelho tem sido avaliada por meio do

desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, novos instrumentais, bem como da especialização do cirurgião. Historicamente eram feitas avaliações empíricas para verificar a eficácia do tratamento instituído. Essas avaliações muitas vezes geravam conclusões errôneas a respeito da evolução e qualidade das técnicas empregadas. A complexidade da articulação do joelho e o número de critérios para avaliar sua função e sintomatologia tornam difícil mensurar e quantificar os tratamentos empregados. Em 1955, O'Donoghue⁽¹⁾ foi o primeiro a desenvolver um sistema para avaliação de resultados. Um exame objetivo e um questionário de 100 pontos foi usado para avaliar resultado das reparações ligamentares do joelho. As respostas de cada questão eram do tipo “sim” (10 pontos) ou “não” (0 ponto). A avaliação era complementada com a adição de critérios subjetivos, como derrame, incapacidade e avaliação funcional.

Trabalho realizado na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP-EPM

Endereço para correspondência: Rua Lineu de Paula Machado, 660 - CEP 05601-000 - São Paulo - SP - E-mail: stella@institutocohen.com.br

1 - Professora Adjunta da Escola Paulista de Fisioterapia da UNIFESP-EPM.

2 - Professora Afiliada da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP-EPM.

3 - Professor Associado da Disciplina de Traumatologia da UNIFESP-EPM.

Trabalho recebido em 24/04/06 aprovado em 26/06/06

Slocum e Larson⁽²⁾, reconheceram a necessidade de avaliar a instabilidade rotatória e os valores comparativos do pré e pós-operatórios. Larson⁽³⁾, desenvolveu uma escala de 100 pontos baseada em critérios subjetivos, objetivos e funcionais. No aspecto funcional, preocupou-se em avaliar as condições do indivíduo para caminhar, correr, saltar e agachar.

Marshall et al.⁽⁴⁾, enfatizaram que o método adequado de avaliação deveria permitir ao cirurgião determinar lesões anatômicas e os prejuízos funcionais correspondentes. Com base nisso, desenvolveram, em 1977, a escala do "Hospital for Special Surgery Knee Score (HSSKS)"⁽⁵⁾, o primeiro método específico usado para avaliar lesões ligamentares do joelho. O HSSKS inclui sintomas subjetivos, função subjetiva e testes funcionais objetivos, além de exame clínico.

Lysholm e Gillquist⁽⁶⁾, desenvolveram uma escala para avaliação de sintomas. A escala de Lysholm inclui aspectos básicos da escala de Larson, introduzindo, contudo, o sintoma instabilidade e correlacionando-o com atividade. Essa escala posteriormente foi modificada por Tegner e Lysholm⁽⁷⁾. Esses reconheceram a dificuldade de um escore para lesão ligamentar e resolveram, nessa edição, pesquisar achados clínicos e somente avaliar sintomas e função. A escala ou questionário Lysholm é composto por oito questões, com alternativas de respostas fechadas, cujo resultado final é expresso de forma nominal e ordinal, sendo "excelente" de 95 a 100 pontos; "bom", de 84 a 94 pontos; "regular", de 65 a 83 pontos e "ruim", quando os valores forem iguais ou inferiores a 64 pontos.

A falta de um instrumento específico para avaliação de sintomas do joelho na língua portuguesa trouxe-nos o interesse pela tradução do "Lysholm Knee Scoring Scale", um dos questionários que mais vem sendo utilizado para avaliação de sintomas do joelho na área de traumatologia. Nossos objetivos neste estudo foram: traduzir e adaptar para a língua portuguesa o "Lysholm Knee Scoring Scale", bem como verificar suas propriedades de medidas (reprodutibilidade e validade).

MATERIAL

Foram selecionados, a partir do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) da UNIFESP-EPM e do Instituto Cohen de Ortopedia, 50 pacientes (42% do sexo feminino e 58% do sexo masculino) que apresentavam doenças articulares do joelho, com diagnóstico estabelecido pelo mesmo ortopedista.

A média de idade da amostra foi de 38,7 anos (16-72). Dos 50 pacientes estudados, 32% tinham ensino médio completo e 68% tinham ensino superior completo. Os pacientes selecionados para este estudo foram os que preencheram os seguintes critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa: brasileiros, diagnóstico de artrose (6), lesão meniscal (15), lesão do ligamento cruzado anterior (12), lesão condral (12) do joelho isoladas ou combinadas (5), com complementação diagnóstica feita por exame de imagens. Os pacientes não apresentaram alteração de medicamento ou qualquer outro procedimento durante o período do estudo (15 dias).

MÉTODOS

A metodologia empregada seguiu o preconizado por Guillemin et al.⁽⁸⁾, para os processos de tradução e adaptação cultural. Foi traduzido o questionário específico para sintomas do joelho "Lysholm Knee Scoring Scale".

A reprodutibilidade do questionário Lysholm foi avaliada por meio de três entrevistas feitas com 50 pacientes portadores de diagnósticos de lesão meniscal, lesão ligamentar ou lesão condral isoladas ou associadas. As avaliações eram feitas por dois entrevistadores independentes (entrevistador 1 e 2), no mesmo dia (reprodutibilidade inter-observadores) e com intervalo de tempo de uma entrevista para outra de cerca de 45 min. Posteriormente, uma nova avaliação, com intervalo máximo de 15 dias (média de sete dias) era feita pelo entrevistador número 1 (reprodutibilidade intra-observador). A primeira e a terceira entrevistas eram feitas por um profissional não-médico (entrevistador 1) e a segunda era realizada por um médico especialista (entrevistador 2).

A validade do questionário Lysholm foi avaliada pela verificação de sua relação com o diagnóstico estabelecido e outros parâmetros clínicos, todos realizados pelo mesmo entrevistador, no momento da primeira entrevista, descritos a seguir:

Escala numérica de dor de zero a 10 (0 = sem dor e 10 = dor extrema);

Avaliação global da saúde feita pelo paciente (AVGP), com uma escala de zero a 10 (0 = saúde ruim e 10 = saúde perfeita);

Avaliação global da saúde feita pelo profissional da saúde (AGSPS) com uma escala de zero a 10 (0 = saúde ruim e 10 = saúde perfeita);

Índice de Lequesne⁽⁹⁾, onde o escore global final do paciente permite uma classificação da gravidade da doença em leve (1 a 4 pontos), moderada (5 a 7 pontos), grave (8 a 10 pontos), muito grave (11 a 13 pontos) e extremamente grave (acima de 14 pontos);

Questionário genérico de qualidade de vida SF-36⁽¹⁰⁾, que é um questionário multidisciplinar formado por 36 itens englobados em oito escalas, medindo oito domínios (0-100).

Análise Estatística

Foram realizados os seguintes testes estatísticos:

- Teste de Mann-Whitney, Análise de variância por postos de Kruskal-Wallis, Coeficiente de correlação de Spearman, Coeficiente alpha de Cronbach, Coeficiente de Confiabilidade Kappa. Para todos os testes estatísticos o nível de significância adotado foi de alfa <0,05 ou 5%.

RESULTADO

Vinte pacientes com doença articular do joelho participaram da fase de avaliação da equivalência cultural.

Somente a questão de número 3 (travamento) foi considerada de difícil entendimento por mais de 10% da população estudada (n=10).

Uma nova versão foi novamente administrada em outros 10 pacientes com a finalidade de verificar sua compreensão e equivalência cultural. Após essas modificações, a questão foi considerada equivalente por mais de 95% dos pacientes.

Considerando o questionário Lysholm, três pacientes (6%) apresentaram a pontuação correspondente ao nível "excelente"; 10 pacientes (20%), nível "bom", 18 pacientes (36%), nível "regular" e 19 pacientes (38%) apresentaram pontuação correspondente ao nível "ruim".

Em relação ao índice de Lequesne, nossa amostra apresentou a seguinte distribuição: 21 pacientes (42%) apresentaram-se no nível "leve"; oito pacientes (16%) no nível moderado; 10 pacientes (20%) no nível "grave"; quatro pacientes (8%) no nível "muito grave" e sete pacientes (14%) encontraram-se no nível "extremamente grave".

Tendo em vista que o questionário SF-36 não tem uma escala numérica correspondente a uma escala nominal, descrevemos que, nos itens capacidade funcional, aspecto físico e dor, foram obtidos os menores valores, numa escala de zero a 100 pontos.

O tempo médio de aplicação do questionário Lysholm foi de cinco minutos (mínimo de quatro minutos e máximo de oito minutos)

Os resultados obtidos do questionário Lysholm a partir da primeira aplicação pelo entrevistador 1 foram utilizados como parâmetro para análise de reprodutibilidade inter-entrevistadores, uma vez que, numa segunda aplicação pelo entrevistador 1, a reprodutibilidade intra-entrevistador foi excelente, sendo, portanto, esses resultados utilizados como valores de referência (Figura 1).

Quando analisamos a concordância da primeira aplicação do questionário Lysholm por um entrevistador, com as subseqüentes aplicações pelos dois entrevistadores em dois momentos diferentes com o mesmo paciente, pudemos observar que a mediana foi bastante semelhante entre essas condições, assim como a variabilidade das pontuações, resultando em uma excelente reprodutibilidade.

O nível de concordância entre os dois momentos de aplicação do questionário realizado pelo mesmo entrevistador foi excelente (Kappa = 0,8) e entre dois entrevistadores foi bom (Kappa=0,7). Os valores absolutos do coeficiente intraclasse obtidos para cada uma das questões do questionário Lysholm, comparando-se a repro-

dutibilidade inter e intra-entrevistador estão descritos na Tabela 1.

Na análise da correlação da pontuação total do Lysholm com as oito questões separadamente, observamos que as questões que melhor se correlacionaram com o todo foram: mancar, instabilidade, dor, inchaço, subir escadas e agachamento. Embora as questões travamento e apoio tenham tido uma excelente reprodutibilidade, apresentaram correlações fracas com o todo, sendo significativa na questão travamento e não significativa na questão apoio. Em relação à validade, pudemos observar uma maior pontuação, ou seja, menor sintomatologia apresentada pelos pacientes com condromalácia e lesão meniscal (Tabela 2). Os valores dispostos nos parênteses representam a pontuação correspondente à classificação nominal.

Pela análise da pontuação, pudemos observar que os pacientes com menor sintomatologia, que determina uma maior pontuação, foram aqueles portadores de condromalácia e lesão meniscal (Figura 2).

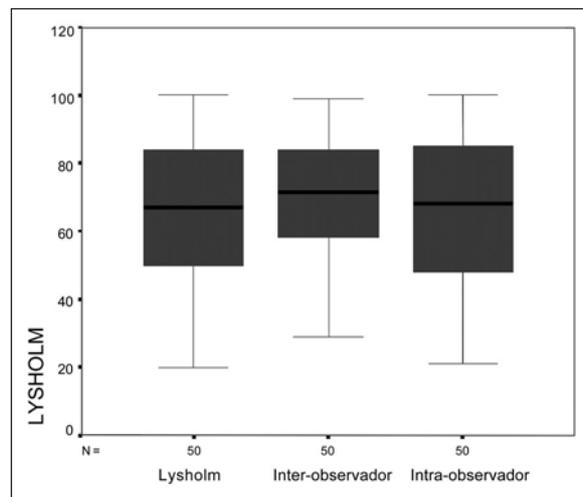
Quando procedemos à análise de correlação de Spearman, obtivemos coeficiente inversamente proporcional entre o questionário Lysholm e a escala numérica da dor ($r = -0,6$; $p = 0,001$) e entre o questionário Lysholm e o Índice de Lequesne ($r = -0,8$; $p = 0,001$); as correlações entre o questionário Lysholm e a avaliação global da saúde pelo paciente e a avaliação global da saúde pelo profissional da saúde apresentaram-se fracas e não significantes ($r = 0,04$; $p = 0,7$ / $r = 0,12$; $p = 0,38$ respectivamente).

Pudemos observar que as correlações entre os questionários Lysholm e SF-36 alcançaram significância estatística quando avaliamos a capacidade funcional ($r = 0,7$; $p = 0,0001$), aspectos físicos ($r = 0,4$; $p = 0,04$) e dor ($r = 0,5$; $p = 0,001$). Em relação aos aspectos sociais e de saúde mental, as correlações foram fracas, com um valor de p não significativo estatisticamente ($r = 0,2$ e $p = 0,09$; $r = 0,3$ e $p = 0,07$, respectivamente). No aspecto emocional, a correlação também se apresentou fraca, apesar de um valor de p significativo.

DISCUSSÃO

Há uma grande preocupação da comunidade científica em desenvolver questionários que avaliem estados de saúde, bem como validar instrumentos já existentes em outras línguas e culturas. Os instrumentos novos ou aqueles em validação devem ser avaliados e reavaliados por diferentes pesquisadores, em diferentes sociedades e situações⁽¹¹⁾. Em nosso estudo, inicialmente analisamos a aplicabilidade do questionário numa amostra com bom nível cultural, o que, de certa forma, limita seu uso para essa população. Dada a im-

Figura 1 – Concordância observada inter/intra-observador/entrevistador.



Lysholm = Observador/entrevistador 1
Inter-observadores = entrevistadores $\alpha = 0,89$; $p < 0,0001$
Intra-observador = entrevistador $\alpha = 0,95$; $p < 0,0001$

Tabela 1 – Valores do coeficiente intraclass e seus respectivos valores de p para as diferentes questões analisadas no questionário Lysholm.

Questões	Inter-entrevistador	Intra-entrevistador
Mancar	0,8 [†]	0,9 [†]
Apoio	1,0 [†]	1,0 [†]
Travamento	0,9 [†]	0,9 [†]
Instabilidade	0,8 [†]	0,9 [†]
Dor	0,9 [†]	0,9 [†]
Inchaço	0,8 [†]	0,9 [†]
Subir escadas	0,9 [†]	0,9 [†]
Agachamento	0,9 [†]	0,9 [†]

[†] $p < 0,0001$; [‡] $p < 0,001$

Tabela 2 – Valores de média, mediana e desvios-padrão obtidos no questionário Lysholm nos diferentes diagnósticos clínicos.

Diagnóstico	Lysholm	Média	Mediana	Desvio-padrão
Artrose (n=6)	Ruim (<64)	44,7	43,5	17,4
Condromalácia (n=12)	Regular (65-83)	74,6	78,0	18,9
Lesão LCA (n=12)	Ruim (<64)	53,1	53,5	15,8
Lesão meniscal (n=15)	Regular (65-83)	76,0	78,0	14,8

Pacientes com lesões associadas (n=5) foram excluídos desta análise.

portância atual deste tema, o passo subsequente será a aplicabilidade do Lysholm para diferentes níveis sócio-econômicos.

Em nosso estudo, para padronizarmos a forma de aplicação dos questionários, optamos por realizá-los em entrevistas^(12,13), mesmo em se tratando de indivíduos com bom nível intelectual.

Os instrumentos de avaliação devem ser reprodutíveis através do tempo, ou seja, devem produzir resultados iguais ou muito semelhantes em duas ou mais administrações para o mesmo paciente, considerando que seu estado clínico geral não seja alterado⁽¹⁴⁾. Todos os pacientes de nossa amostra tinham diagnóstico médico de doença articular do joelho e encontravam-se em fase crônica. Isso poderia justificar a excelente concordância intra-entrevistador, uma vez que alterações importantes do quadro não foram observadas em tão pouco tempo.

Observamos ter havido menor pontuação no questionário Lysholm para os casos de artrose e lesão do ligamento cruzado anterior do que para os casos de lesão meniscal e condromalácia. Isso é explicado pelo fato de os sintomas mais comuns na artrose e na lesão crônica do ligamento cruzado anterior serem instabilidade e dor, comuns na fase crônica destas doenças^(15,16). Ambos os sintomas contribuem para a metade da pontuação total do questionário Lysholm, sendo que, quanto maior a instabilidade e dor, menor a pontuação apresentada pelos pacientes de nossa amostra. Semelhante resultado foi obtido

em estudo realizado por Lysholm et al.⁽⁶⁾ com pacientes portadores de lesões agudas do joelho. A classificação subjetiva dos resultados obtida a partir do questionário Lysholm teve alta correlação com a lassidão ligamentar entre os pacientes com instabilidade rotatória anteromedial e/ou anterolateral, o que demonstra a sensibilidade do questionário Lysholm nesse aspecto.

Na avaliação da concordância ordinal inter e intra-entrevistador tivemos excelente concordância entre todas as questões, por ser esta uma avaliação numérica objetiva, sem dar margem a variações. Além disso, o questionário Lysholm é de fácil compreensão, foi aplicado em indivíduos com bom nível de instrução e apresenta

questões e termos que fazem parte do cotidiano desses pacientes com afecções do joelho.

Avaliamos a coerência interna da versão do questionário Lysholm para a língua portuguesa pela correlação entre suas diversas questões e a pontuação total. As questões que mais se correlacionaram com o todo foram mancar, instabilidade, dor, inchaço, subir escadas e agachamento. As questões travamento e apoio tiveram correlações fracas com o todo. Tal observação é importante, uma vez que travamento foi a questão modificada após a primeira

versão feita para o português, o que pode ter gerado um baixo índice de concordância entre este componente (o modificado) e os demais, contudo sua reprodutibilidade foi excelente. Ressaltamos que as questões travamento e apoio tiveram uma menor interferência no resultado final de nosso estudo. Estes achados também são observados em pós-operatórios e em lesões ligamentares do joelho, situações que deram origem ao interesse original da confecção deste questionário^(6,7).

Pelo fato de o questionário Lysholm em sua língua original ter sido utilizado com frequência em vários estudos⁽¹⁷⁻²⁰⁾ para avaliação específica de lesões ligamentares do joelho e pelo cuidado com que sua versão original foi construída, avaliando a clareza e os critérios para seleção das perguntas, podemos acreditar

que este apresenta validade aparente e de conteúdo. Como não ocorreram alterações estruturais na versão do questionário Lysholm para a língua portuguesa, podemos pensar que a validade de face e conteúdo também foram mantidas. Porém, na fase de validação, para uma melhor análise, fizemos a comparação do questionário Lysholm com outros medidores de qualidade de vida.

Os melhores resultados nesta análise foram as correlações do questionário Lysholm com a escala numérica da dor, com o índice de Lequesne e com o SF-36, provavelmente por ser o questionário Lysholm um instrumento específico cujas questões se referem mais às condições físicas/funcionais do indivíduo e esses outros instrumentos também enfatizarem estas situações. Quando correlacionamos o questionário Lysholm com a avaliação global da saúde tanto pelo paciente, quanto pelo profissional da saúde, outros fatores não específicos da doença básica poderiam estar

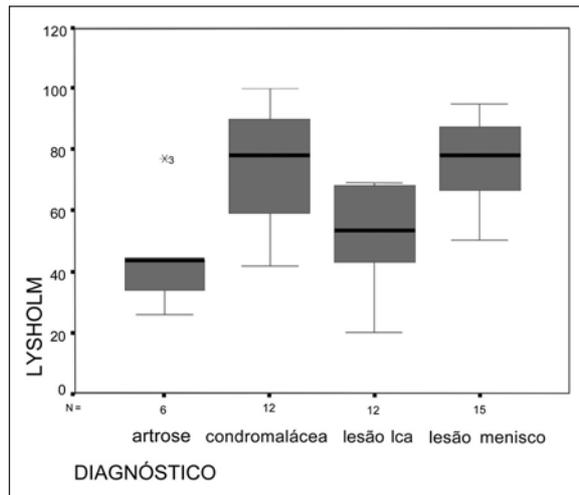


Figura 2 – Comparação da pontuação do questionário Lysholm entre os diferentes diagnósticos clínicos apresentados pelos pacientes.

influenciando o resultado final, como problemas emocionais, financeiros, culturais, entre outros, justificando o baixo índice de correlação.

Quando analisamos as doenças e as correlacionamos com a pontuação do questionário Lysholm, verificamos ter havido uma menor pontuação na artrose e nas lesões do ligamento cruzado anterior, provavelmente por essas doenças apresentarem um número maior de sintomas presentes como dor, instabilidade, inchaço e claudicação, sintomas que possuem correlações maiores no resultado da pontuação final do questionário Lysholm quando suas questões individualmente foram analisadas.

É importante observar que as correlações entre os questionários Lysholm e o SF-36 foram de significância estatística nos aspectos físicos, dor e de capacidade funcional,

itens avaliados tanto no questionário genérico SF-36, quanto no questionário específico Lysholm, situação também observada em outro trabalho publicado em 1996⁽²⁰⁾. Porém, em relação aos aspectos sociais, saúde mental e emocional, as correlações foram fracas, provavelmente por não existir no questionário Lysholm uma pergunta específica para avaliar estados não físicos/funcionais. Com isso, corroboramos os achados da literatura que nos mostram a importância de termos o indivíduo em todos os seus aspectos biopsicossociais e a importância de, ao utilizarmos questionários específicos para avaliar alguma doença, administrarmos conjuntamente um questionário genérico, a fim de termos um perfil mais verídico do estado geral de saúde do indivíduo.

As medidas de avaliação específica disponíveis são clinicamente sensíveis, como observado em nosso trabalho, demonstrando maior capacidade de detecção de aspectos específicos da doença,

Quadro 1 - Questionário Lysholm (Escala).

Mancar (5 pontos)

Nunca = 5
Leve ou periodicamente = 3
Intenso e constantemente = 0

Apoio (5 pontos)

Nenhum = 5
Bengala ou muleta = 2
Impossível = 0

Travamento (15 pontos)

Nenhum travamento ou sensação de travamento = 15
Tem sensação, mas sem travamento = 10
Travamento ocasional = 6
Frequente = 2
Articulação (junta) travada no exame = 0

Instabilidade (25 pontos)

Nunca falseia = 25
Raramente, durante atividades atléticas ou outros exercícios pesados = 20
Frequentemente durante atividades atléticas ou outros exercícios pesados (ou incapaz de participação) = 15
Ocasionalmente em atividades diárias = 10
Frequentemente em atividades diárias = 5
Em cada passo = 0

Dor (25 pontos)

Nenhuma = 25
Inconstante ou leve durante exercícios pesados = 20
Marcada durante exercícios pesados = 15
Marcada durante ou após caminhar mais de 2 Km = 10
Marcada durante ou após caminhar menos de 2 Km = 5
Constante = 0

Inchaço (10 pontos)

Nenhum = 10
Com exercícios pesados = 6
Com exercícios comuns = 2
Constante = 0

Subindo escadas (10 pontos)

Nenhum problema = 10
Levemente prejudicado = 6
Um degrau cada vez = 2
Impossível = 0

Agachamento (5 pontos)

Nenhum problema = 5
Levemente prejudicado = 4
Não além de 90 graus = 2
Impossível = 0

Pontuação total: _____

Quadro de pontuação: Excelente: 95 – 100; Bom: 84 – 94; Regular: 65 – 83; Ruim: < 64

restritos aos domínios de relevância a serem avaliados^(6,7).

A tradução do questionário Lysholm (Quadro 1) para o português e sua adequação às condições culturais de nossa população, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade tornaram este mais um instrumento específico para ser utilizado na avaliação de indivíduos com doença articular do joelho, tanto de pesquisa quanto assistencial.

CONCLUSÕES

1. A tradução e adaptação cultural da versão em português do questionário Lysholm teve demonstradas suas propriedades de medida, reprodutibilidade e validade.
2. O questionário Lysholm em português é um instrumento útil para avaliação específica de sintomas do joelho em pacientes brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Donoghue DH. An analysis of end results of surgical treatment of major injuries to ligaments of the knee. *J Bone Joint Surg Am.* 1955; 37:1-13.
2. Slocum DB, Larson RL. Pes anserinus transplantation. *J Bone Joint Surg Am.* 1968; 50:226-42.
3. Larson RL. In: Smillie IS, editor. *Diseases of the knee joint.* London: Churchill Livingstone; 1974.
4. Marshall JL, Fetto JF, Botero PM. Knee ligaments injuries: a standardized evaluation method. *Clin Orthop.* 1977; 123:115-29.
5. Lukianov AV, Gillquist J, Grana WA, DeHaven KE. An anterior cruciate ligament evaluation format for assessment of artificial or autologous anterior cruciate results. *Clin Orthop.* 1987; 218:167-80.
6. Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of the knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. *Am J Sports Med.* 1982; 10:150-3.
7. Tegner Y, Lysholm J. Rating systems in the evaluation of knee ligament injuries. *Clin Orthop.* 1985; 198:43-9.
8. 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; 46:1417-32.
9. Dias RC. Impacto de um protocolo de fisioterapia sobre a qualidade de vida de idosos com osteoartrite de joelhos [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 1999.
10. 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; 39:143-50.
11. Garrat AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russel IT. The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ.* 1993; 306:1440-4.
12. Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol.* 1995; 24:61-3.
13. Ferraz MB. Cross cultural adaptation of questionnaires: what is it and when should it be performed? *J Rheumatol.* 1997; 24:2066-7.
14. Odensten M, Tegner Y, Lysholm J, Gillquist J. Knee function and muscle strength following distal ileotibial band transfer for antero-lateral rotatory instability. *Acta Orthop Scand.* 1983; 54:924-8.
15. Cohen M, Abdalla RJ, Filardi M, Amaro JT, Eijnisman B. Evolução clínica e radiográfica da meniscectomia lateral parcial artroscópica. *Rev Bras Ortop.* 1996; 3:277-83.
16. Fu F, Cohen M, Abdalla R, Giusti R. *Artroscopia do Joelho [CD-ROM].* São Paulo: Evol.multimedia; 2000.
17. Engebretsen L, Grntvedt T. Comparison between two techniques for surgical repair of the acutely torn anterior cruciate ligament. A prospective, randomized follow-up study of 48 patients. *Scand J Med Sci Sports.* 1995; 5:358-63.
18. Jette DU, Jette AM. Physical therapy and health outcomes in patients with knee impairments. *Phys Ther.* 1996; 76:1178-87.
19. Mohtadi N. Development and validation of the quality of life outcome measure (questionnaire) for chronic anterior cruciate ligament deficiency. *Am J Sports Med.* 1998; 26:350-9.
20. Shapiro ET, Richmond JC, Rockett SE, McGrath MM, Donaldson WR. The use of generic, patient-based health assessment (SF-36) for evaluation of patients with anterior cruciate ligament injuries. *Am J Sports Med.* 1996; 24:196-200.