

Tradução e adaptação cultural do Penn Shoulder Score para a Língua Portuguesa: PSS-Brasil

Barbara Valente Napoles¹, Carla Balkanyi Hoffman¹, Jaqueline Martins², Anamaria Siriani de Oliveira³

RESUMO

Introdução/Objetivo: Produzir a versão brasileira do questionário Penn Shoulder Score (PSS), destinado a avaliar a dor, a satisfação e a função dos indivíduos que apresentam condições dolorosas musculoesqueléticas do ombro. **Pacientes e Métodos:** O desenvolvimento da versão brasileira do questionário PSS se baseou no protocolo proposto pela American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) e na International Quality of Life Assessment (IQOLA), sendo constituído pelos estágios de tradução, síntese, retrotradução, revisão pelo Comitê, pré-teste e avaliação dos documentos pelo Comitê e autor do PSS. A versão original passou pelos processos de tradução e retrotradução, e um Comitê de especialistas finalizou a elaboração da versão pré-final do questionário PSS. Essa versão pré-final foi aplicada em uma amostra de noventa indivíduos com diagnóstico clínico de condições dolorosas musculoesqueléticas do ombro, de ambos os sexos e com idade acima de 18 anos. Nas aplicações, os pacientes foram questionados acerca de sua compreensão de cada item, e aqueles não compreendidos por 20% ou mais dos pacientes foram analisados e modificados pelo Comitê, havendo necessidade de três aplicações (n = 30) do questionário. **Resultados:** A aplicação das versões pré-finais do PSS revelou as dificuldades encontradas pelos pacientes, as quais foram resolvidas pela transformação do questionário autoaplicável em um instrumento aplicado por entrevista. **Conclusão:** A tradução e a adaptação cultural geraram a versão brasileira final do questionário PSS.

Palavras-chave: qualidade de vida, questionários, tradução, ombro.

INTRODUÇÃO

Os instrumentos de avaliação funcional representam uma medida de resultado primária na avaliação da condição e evolução do paciente, frequentemente utilizados por pesquisas que visam analisar a efetividade de uma intervenção.¹⁻⁴ Tradicionalmente, medidas objetivas como amplitude de movimento e força muscular são mais utilizadas do que medidas subjetivas de questionários que examinam dor e incapacidade.^{5,6} No entanto, verifica-se que os dados subjetivos são igualmente importantes aos dados objetivos na avaliação,⁷ pois conseguem avaliar o impacto da doença e a efetividade da intervenção na qualidade de vida do indivíduo.⁸

O aumento crescente do número de pesquisas multinacionais e multiculturais com o interesse de mensurar a qualidade de vida e a eficácia de tratamentos motivou a elaboração e a validação de vários questionários na Língua Inglesa, que precisam ser traduzidos e adaptados para outras línguas,⁹ a fim de permitir a comparação de resultados entre pesquisas com populações distintas¹⁰ e evitar o desenvolvimento de diversos instrumentos com propósitos similares de avaliação, dificultando a determinação de qual instrumento utilizar na prática clínica e científica.

Diversos instrumentos existem na Língua Inglesa para avaliar as condições dolorosas musculoesqueléticas do complexo articular do ombro, tais como The Penn Shoulder Score,¹¹ The

Recebido em 28/10/2009. Aprovado, após revisão, em 27/05/2010. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse. Apoio Financeiro: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Aluno de Graduação do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP-USP.

2. Aluno de Mestrado da FMRP-USP.

3. Docente do Curso de Fisioterapia da FMRP-USP.

Endereço para correspondência: Profa. Dra. Anamaria Siriani de Oliveira. Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-900 – Ribeirão Preto, SP. Tel: (16) 3602-4415, Fax: (16) 3602-4413. E-mail: siriani@fmrp.usp.br; jaqueline_mh@yahoo.com.br.

American Shoulder and Elbow Surgeons Evaluation Form (ASES),¹² The Shoulder Pain and Disability Index (SPADI),¹³ The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Scale (DASH)¹⁴ e Western Ontario Rotator Cuff Index (WORC),¹⁵ entre outros. Entretanto, somente o DASH¹⁶ e o WORC¹⁷ estão traduzidos e validados para o português do Brasil. Tal fato, associado à não especificidade do DASH para o ombro e à especificidade do WORC para uma única disfunção de ombro, torna necessária a tradução de outros questionários com o propósito de avaliar as diferentes disfunções de ombro.

O PSS foi desenvolvido em 1999 para analisar indivíduos com disfunção de ombro, consistindo de uma escala de 100 pontos que inclui três domínios: dor, satisfação e função. Os domínios de dor e satisfação apresentam, respectivamente, três itens e um item avaliados por meio de uma Escala de Avaliação Numérica (EN) de 0 a 10, sendo que 0 corresponde à ausência de dor e a não satisfeito, enquanto 10 corresponde à pior dor possível e a muito satisfeito. O domínio de função contém vinte itens, graduados em uma escala de Likert de quatro pontos, variando de 0, que significa “não consigo fazer de forma alguma”, a 3, “sem dificuldade”, com pontuação máxima de 60 pontos. A pontuação do PSS varia de 0 a 100 pontos, com a pontuação máxima indicando ausência de dor, alta satisfação e boa função.¹⁸

Dessa forma, considerando a necessidade de disponibilizar para o Brasil outros instrumentos de avaliação funcional específicos para o ombro, para suas diferentes disfunções, o propósito deste estudo é produzir a versão brasileira do questionário PSS por meio da tradução e da adaptação cultural do questionário original.

PACIENTES E MÉTODOS

O questionário PSS foi traduzido e adaptado para o português do Brasil com base no protocolo proposto por Beaton *et al.*,⁹ utilizado pela American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) e pela International Quality of Life Assessment (IQOLA). Para tanto, obteve-se a autorização do autor da versão original do PSS e seguiram-se seis estágios, por meio de tradução, síntese, retrotradução, revisão pelo Comitê Multidisciplinar, pré-teste e avaliação dos documentos pelo Comitê e autor do PSS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, constando do Processo nº 5.615/2007, e todos os pacientes que aceitaram participar do trabalho assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O primeiro estágio consistiu da tradução do questionário original por dois professores de língua estrangeira, que têm o português como língua materna e apresentam fluência na

Língua Inglesa. Um dos tradutores tinha consciência do propósito da tradução e o outro não, o que resultou nas versões T1 e T2. No segundo estágio, foi elaborada a versão de síntese T12 por meio da análise do questionário original e das traduções T1 e T2, durante uma reunião entre os tradutores iniciais e os pesquisadores. O terceiro estágio consistiu de retrotradução, ou seja, de tradução da versão T12 em português para o idioma original em inglês por dois tradutores com língua materna Inglesa e fluência em Língua Portuguesa, sendo geradas as versões RT1 e RT2.

Uma revisão de todas as versões (original, T1, T2, T12, RT1 e RT2) foi realizada durante o quarto estágio por um Comitê multidisciplinar, composto por um médico ortopedista especialista em membro superior, cinco fisioterapeutas, dos quais três pesquisam sobre avaliação fisioterapêutica em disfunções musculoesqueléticas do ombro, e pelos tradutores envolvidos no processo, o que consolidou todas as versões do questionário e desenvolveu a versão pré-final do PSS-Brasil.

O quinto estágio envolveu três pré-testes da versão pré-final do PSS-Brasil, com cada aplicação realizada para trinta pacientes, totalizando uma amostra de noventa pacientes de ambos os sexos, com faixa etária acima de 18 anos e diferentes condições musculoesqueléticas dolorosas do ombro. Os pacientes foram voluntariamente recrutados no Centro de Reabilitação e do Ambulatório de Mão e Microcirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), de forma consecutiva, ou seja, todos os pacientes que compareceram ao serviço foram selecionados, desde que não apresentassem envolvimento de doença neurológica ou reumática, sendo que, no primeiro e no segundo pré-testes, os pacientes analfabetos e aqueles incapazes de preencher o questionário na forma autoaplicável também foram excluídos, o que não aconteceu com o terceiro pré-teste, que apresentou o questionário em forma de entrevista. Após responderem à versão pré-final do PSS-Brasil, os pacientes foram interrogados por um pesquisador sobre sua compreensão de cada questão. Aquelas que não foram compreendidas por 20% ou mais dos pacientes foram reformuladas pelo Comitê, mantendo-se o conceito original do instrumento.^{16,19}

No sexto e último estágio, emitiu-se a documentação da versão brasileira do questionário PSS aos elaboradores do instrumento e ao Comitê para aprovação do processo de tradução e adaptação cultural.

A estatística utilizada neste estudo foi descritiva, realizada por valores de média e porcentagem para as características clínicas e demográficas dos pacientes, bem como para cada item do questionário e opção de resposta “Já não realizava antes da lesão”.

RESULTADOS

O processo de adaptação transcultural produziu a versão brasileira do questionário PSS (Apêndice I). As características clínicas e demográficas dos pacientes que participaram dos três pré-testes estão representadas na Tabela 1.

Na fase de tradução, a versão T12 foi obtida com algumas modificações realizadas após a análise das divergências entre T1 e T2 (Tabela 2), priorizando-se a utilização de termos e expressões de maior familiaridade para a população brasileira.

As retrotraduções RT1 e RT2 revelaram grande similaridade entre si e equivalência com a versão original do PSS, o que demonstrou que a versão de síntese T12 foi satisfatória para obter a versão pré-final do PSS, demandando apenas pequenas mudanças (Tabela 3).

Nesse estágio, o terceiro item do domínio de função “Perform necessary toileting activities” foi foco de maior discussão pelo Comitê quanto à necessidade de ser específico a algumas atividades, o que foi considerado desnecessário pelo autor da versão original.

Tabela 1

Dados descritivos e demográficos dos pacientes participantes nos três pré-testes (N: 90)

Dados descritivos	Pré-teste I	Pré-teste II	Pré-teste III
Idade média (min-máx)	46,47 (18-75)	50,2 (25-72)	48,46 (19-66)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo			
Homem	13 (43,3%)	12 (40%)	13 (43,3%)
Mulher	17 (56,7%)	18 (60%)	17 (56,7%)
Ombro com dor			
Ombro dominante	14 (46,7%)	20 (66,67%)	15 (50%)
Ombro não dominante	10 (33,3%)	9 (30%)	9 (30%)
Bilateral	6 (20%)	1 (3,33%)	6 (20%)
Nível de escolaridade			
Ensino fundamental	12 (40%)	18 (60%)	14 (46,7%)
Ensino médio	12 (40%)	11 (36,67%)	8 (26,7%)
Ensino superior	6 (20%)	1 (3,33%)	8 (26,7%)
Diagnóstico clínico			
LMR/SIS	14 (46,7%)	18 (60%)	15 (50%)
Luxação de ombro/AC	6 (20%)	1 (3,3%)	6 (20%)
Fratura de clavícula ou ombro	2 (6,7%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)
Outros	8 (26,7%)	6 (20%)	4 (13,3%)

LMR = Lesão do manguito rotador; SIS = Síndrome do impacto subacromial; AC = Articulação acromioclavicular.

A adaptação cultural revelou a necessidade de alterar apenas alguns itens e aspectos estruturais da versão pré-final do PSS-Brasil (Tabela 4). O pré-teste I indicou a necessidade de reformular apenas os itens 13, 16 e 20 e a opção de resposta X “Já não fazia antes da lesão”. O Comitê decidiu para os itens 12 a 16 grifar o nível de elevação exigido pela atividade e acrescentar a expressão “saco grande de arroz” nos itens 13 e 16, a fim de tornar mais perceptível ao indivíduo o peso de 5 kg. Em relação ao item 20, a

Tabela 2

Modificações realizadas no estágio de tradução

Item	Expressão modificada	T1 e T2	Versão T12
D3: <i>Strenuous</i>		T1 – Esforço T2 – Força	Esforço
F1: <i>Small of your back</i>		T1 – Região lombar T2 – Parte inferior da coluna	Parte inferior da coluna
F2: <i>Middle of your back</i>		T1 – Meio das costas T2 – Parte intermediária da coluna	Parte intermediária da coluna
F2: <i>Hook bra</i>		T1 – Abotoar o sutiã T2 – Prender o sutiã	Prender o sutiã
F3: <i>Toileting activities</i>		T1 – Atividades de higiene T2 – Atividades de banheiro	Atividades de higiene
F6: <i>Elbow held straight out to the side</i>		T1 – Cotovelo para fora e para o lado T2 – Cotovelo flexionado apontando para o lado	Cotovelo para fora e para o lado
F7: <i>Shirt</i>		T1 – Camisa T2 – Camisa	Blusa
F8: <i>On</i>		T1 – Sobre T2 – Em cima	Em cima
F12 a F16: <i>Without bending elbow</i>		T1 – Sem dobrar o cotovelo T2 – Sem flexionar o cotovelo	Com o braço esticado
F13 e F16: <i>Gallon container</i>		T1 – Recipiente T2 – Galão	Pote
F17: <i>Hobby</i>		T1 – Hábito T2 – Hobby	Atividades de lazer
F18: <i>Household chores</i>		T1 – Afazeres domésticos T2 – Tarefas de casa	Tarefas de casa
F20: <i>Full-time</i>		T1 – Período integral T2 – Tempo integral	Tempo integral
F20: <i>Regular job</i>		T1 – Emprego usual T2 – Funções diárias	Emprego usual

T1 = Versão em português referente ao primeiro tradutor;
T2 = Versão em português referente ao segundo tradutor;
T12 = Versão de síntese em português; D = Subescala de dor; F = Subescala de função.

expressão “tempo integral” foi alterada para “tempo todo” em negrito, e a opção de resposta “X” foi posicionada na coluna imediatamente após os itens.

Alguns itens de função da versão original do PSS não são específicos para o braço afetado e permitiram ao indivíduo relacionar a atividade com o braço afetado, não afetado ou para ambos. Dessa forma, solicitou-se a autorização do autor para especificar os itens relativos a atividades realizadas com o braço afetado, sendo considerada a importância de se realizar,

Tabela 3
Estágio de retrotradução

Versão original Item – expressão	RT1 e RT2	Versão pré-final do PSS
D1: <i>Pain at rest with your arm by your side</i>	RT1 – <i>Pain with the arm resting beside the body</i> RT2 – <i>Pain when your arm is relaxed to your side</i>	Dor em repouso, com o braço parado ao lado do corpo
S: <i>How satisfied are you with the current level of function of your shoulder</i>	RT1 – <i>What is your present satisfaction with the level of function of your shoulder</i> RT2 – <i>What is the overall level of satisfaction with the function of your shoulder</i>	Qual a sua satisfação com o nível atual de função do seu ombro
F3: <i>Toileting activities</i>	RT1 – <i>To do necessary hygiene activities</i> RT2 – <i>Perform activities necessary for good hygiene</i>	Realizar atividades de higiene pessoal
F12 a F16: <i>without bending (your) elbow</i>	RT1 – <i>arm extended</i> RT2 – <i>arm straight</i>	braço esticado

RT1 = Retrotradutor 1; RT2 = Retrotradutor 2; D = Subescala de dor; S = Subescala de satisfação; F = Subescala de função.

Tabela 4
Itens e aspectos estruturais da versão pré-final do PSS incompreendidos pelos pacientes, com necessidade de reformulação durante a adaptação cultural

Item Não compreendido	1º Pré-teste N (%)	2º Pré-teste N (%)	3º Pré-teste N (%)
S	4 (13,33%)	6 (20%)	0 (0%)
Item de resposta “X”	13 (43,33%)	18 (60%)	0 (0%)
F12	4 (13,33%)	13 (43,33%)	0 (0%)
F13	7 (23,33%)	12 (40%)	0 (0%)
F16	6 (20%)	3 (10%)	0 (0%)
F20	9 (30%)	7 (23,33%)	0 (0%)

S = Subescala de satisfação; F = Subescala de função. X = Já não realizava antes da lesão.

no contexto de reabilitação, a avaliação funcional do braço afetado, e não a avaliação global do indivíduo.

O Comitê decidiu modificar alguns itens que não alcançaram o índice de incompreensão para ser modificado, a fim de garantir melhor compreensão. Assim, a pontuação da subescala de satisfação foi invertida, de forma a torná-la similar à escala de dor, cuja maior pontuação indica pior situação do paciente, com “0” e “10” passando a representar “muito satisfeito” e “não satisfeito”, respectivamente. O item 9, “Abrir a porta com o braço afetado”, também foi modificado para “Abrir/empurrar a porta com o braço afetado”, já que 73,33% dos pacientes pensaram apenas na atividade de girar a maçaneta, em vez de pensarem na atividade de puxar/empurrar a porta.

O pré-teste II revelou, de forma geral, maior índice de falta de compreensão para a subescala de satisfação e a não resolução dos demais problemas identificados no primeiro pré-teste. Assim, a pontuação da subescala de satisfação retornou ao formato original, com 0 e 10 indicando, respectivamente, não satisfeito e muito satisfeito. Conforme decisão do Comitê, a fim de solucionar os demais problemas, optou-se pela transformação do questionário autoaplicável em um instrumento aplicado por entrevista e foi elaborado um material de orientações ao examinador sobre como realizar adequadamente a entrevista, atentando para os itens que eventualmente não seriam compreendidos.

Conforme observado no primeiro pré-teste, foi necessário alterar alguns itens que não atingiram o índice de incompreensão necessário para modificação. Alguns pacientes pontuaram o item 10, “Carregar uma sacola de compras com o braço afetado”, com maior grau de dificuldade, enquanto outros consideraram o item 11, “Carregar uma pasta ou mala pequena com o braço afetado”, mais difícil. Assim, essa confusão foi resolvida com o consentimento do autor, sendo os itens 10 e 11 alterados para “Carregar um livro ou pasta, junto ao corpo, com o braço afetado” e “Carregar uma sacola de compras ou maleta com o braço afetado”.

A realização do pré-teste III demonstrou ter resolvido todos os problemas supracitados, gerando a versão final do PSS-Brasil.

DISCUSSÃO

A versão brasileira do questionário PSS (PSS-Brasil) foi obtida por uma adaptação cultural criteriosa, que abrangueu ampla faixa etária e diferentes níveis educacionais, o que, provavelmente, favoreceu a elaboração de uma versão de fácil compreensão. Observaram-se algumas dificuldades de compreensão para a estrutura e os itens, os quais foram resolvidos

pela transformação do questionário autoaplicável para um instrumento aplicado na forma de entrevista, transferindo para o examinador a responsabilidade de garantir ao indivíduo a compreensão dos itens.

O processo de transformação de um questionário autoaplicável para a aplicação por entrevista também foi verificado para outros questionários traduzidos para o português do Brasil.^{20,23} Muitos questionários brasileiros são aplicados em forma de entrevista ou fornecem algumas instruções para seu preenchimento, o que é justificado por Orfale *et al.*¹⁶ pela falta de costume dos pacientes em preencher questionários autoaplicáveis ou pela escolaridade insuficiente, enquanto Oku *et al.*²⁴ justificam a entrevista para evitar a exclusão de pacientes que não sabem ler ou que têm problemas visuais.

Os estágios de tradução, síntese e retrotradução não apresentaram problemas, sendo as modificações realizadas para garantir a familiaridade com a expressão e alcançar equivalência cultural com a população brasileira. A exemplo, preferiu-se o termo “blusa” à “camisa” no item 7, já que a primeira é uma peça de roupa unissex, enquanto a segunda é geralmente uma peça de roupa masculina.

O Comitê Multidisciplinar representou um estágio fundamental para a prevenção de qualquer aspecto passível de interpretação inadequada pelo indivíduo durante o pré-teste, já que, nesse período, a troca de informações com o autor da versão original é constante.

O estágio de pré-teste demonstrou grande perda de dados para a opção de resposta X “Já não realizava antes da lesão”, o que pode sugerir que os pacientes tendem a considerar que realizavam todas as atividades antes da lesão ou que existe necessidade de quantificar sua incapacidade. Esta última justificativa parece plausível ao observarmos que uma aplicação modificada do ASES utilizou células vazias, em vez de números, evitando que uma opção de resposta sobressaísse em detrimento de outra.²⁵

As repetições do pré-teste também revelaram que sequências com pequenas alterações, como os itens 12 a 16, que se diferenciam apenas no nível de elevação do braço e na quantidade de peso elevada, são frequentemente não distinguidas

pelo indivíduo. Assim, é importante que os questionários aplicados por entrevista ofereçam ao examinador orientações sobre quais itens demandam maior atenção, a fim de evitar interpretações equivocadas.

Em relação ao item 20, observou-se que o indivíduo tende a relatar as adaptações realizadas na forma como realiza o trabalho, em vez de indicar se tem habilidade para se manter trabalhando durante toda a jornada. Embora o impacto da doença no trabalho possa ser analisado pela alteração das tarefas e a redução da jornada de trabalho, conforme mencionado pelo autor da versão original, o PSS tem a função de avaliar apenas a habilidade de se manter ativo durante toda a jornada.

Os autores devem estar atentos a possíveis fatores que contribuam para a interpretação inadequada de um item, ainda que ele não atinja o nível de incompreensão exigido para mudança, como foi observado neste estudo quanto à necessidade de especificar a avaliação para o braço afetado. Essa alteração foi autorizada pelo autor da versão original, que concordou quanto ao PSS realizar a avaliação da funcionalidade que o indivíduo apresenta com o braço afetado, aspecto fundamental para acompanhar a evolução da condição do paciente submetido a uma intervenção.

CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação cultural do PSS para Língua Portuguesa foi realizado de forma adequada e resultou na obtenção da versão brasileira do PSS. Apesar de sua tradução adaptada concluída, recomenda-se a análise das propriedades psicométricas do questionário para torná-lo um instrumento fidedigno e válido em todo o Brasil.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq), pelo suporte financeiro, e à fisioterapeuta Helga Tatiana Tucci, pela colaboração como membro do Comitê de Especialistas.

APÊNDICE I – Versão brasileira do Penn Shoulder Score (PSS-Brasil)

INSTRUÇÕES PARA O EXAMINADOR

O questionário PSS-Brasil pretende avaliar a dor no ombro do seu paciente, sua satisfação e sua habilidade para realizar as atividades cotidianas (AVDs).

Recomenda-se a aplicação do questionário PSS-Brasil na forma de ENTREVISTA.

Para garantir ao paciente a máxima compreensão do questionário, pedimos a cada examinador que LEIA ATENTAMENTE as orientações a seguir:

1) Orientações para o ambiente:

Antes de iniciar a entrevista, tente encontrar um local silencioso, com uma mesa e cadeiras para você e seu paciente. Certifique-se de que o paciente não está ansioso ou com pressa.

2) Orientações para aplicação do questionário:

- a) Durante a entrevista, é importante que o paciente olhe diretamente o questionário para responder a Escala de Avaliação Numérica (EN) e a escala de Likert (utilizada no domínio de função).
- b) É recomendável certificar-se de que o paciente compreende o significado da pontuação utilizada nas escalas Numérica e de Likert. Sempre que necessário, repita para o paciente o significado dos números “0” e “10” nos domínios de dor e satisfação.

Para o domínio de função, anteriormente à leitura dos itens, recomenda-se que você explique claramente ao paciente quais respostas ele pode fornecer. Para cada item lido, sugere-se repetir os termos “sem dificuldade”, “alguma dificuldade”, “muita dificuldade” e “não consegue de forma alguma” sempre que julgar necessário.

- c) Se o paciente tem acometimento bilateral, instrua-o a responder com base no que observa com relação ao braço que apresenta mais dor ou disfunção.
- d) Cada item do domínio de função do questionário apresenta cinco possibilidades de resposta: a primeira coluna “Já não realizava antes da lesão” e a escala de Likert de 4 pontos, representada pelas quatro colunas restantes. Para cada item, apenas uma resposta pode ser marcada. É importante estar atento à marcação da primeira coluna, que deve ser assinalada sempre que a atividade já não fazia parte do dia a dia do paciente antes da lesão, o que pode ocorrer com mais frequência para os itens 13, 16, 18 e 19. Recomenda-se que você se certifique disso para tais itens.
- e) Antes de pontuar cada item, certifique-se de que o paciente compreendeu a pergunta e indicou a melhor resposta. Se não estiver claro para você que o paciente pensou na atividade correta, por favor, demonstre ou esclareça ao paciente a atividade, refaça a questão e tome a resposta adequada para proceder à pontuação do item. Os itens 6 e 12-16 muitas vezes precisam ser demonstrados, pois o paciente não eleva o braço na altura correta.

Na folha a seguir, você poderá consultar informações sobre alguns itens do PSS-Brasil e sua forma de pontuação.

INFORMAÇÕES SOBRE ALGUNS ITENS DO QUESTIONÁRIO PSS-BRASIL

Domínio de satisfação

Deixe claro ao paciente que a pergunta se refere ao nível de satisfação com a função do ombro, não se referindo ao terapeuta ou à qualidade do atendimento fornecido.

O significado da pontuação da EN do domínio de satisfação é inverso ao domínio de dor. Portanto, avise ao paciente que agora o número “0” indica “não satisfeito” e o número “10” indica “muito satisfeito”.

Domínio de função

- a) No item 3, o paciente pode pensar em qualquer atividade de higiene realizada no banheiro, como, por exemplo: limpar-se após usar o banheiro, escovar os dentes, lavar/ pentear cabelo, cortar unha, depilar, barbear-se etc.
- b) No item 10, o objeto deve ser carregado junto ao corpo (apoiado contra o tronco), sem exigir do paciente o movimento de elevação do braço. O livro ou pasta podem ser substituídos por lista telefônica, bíblia ou outro objeto de peso semelhante.

c) Maior atenção deve ser dedicada aos itens 12 a 16, que apresentam diferenças entre alturas e pesos. Geralmente, o paciente pensa na atividade do item 12 com o braço esticado acima da altura do ombro, sendo que o relato deve ser feito para uma prateleira localizada na altura do ombro. Para os itens 14 a 16, os pacientes costumam não perceber a progressão do peso do objeto. Por favor, certifique-se de que o paciente percebeu a altura e o peso corretos.

d) O item 19 se refere apenas a atividades esportivas.

e) O item 20 enfatiza a dificuldade que o paciente apresenta para se manter trabalhando durante a jornada usual de trabalho. Portanto, não informa quantas horas o paciente está trabalhando e não se refere ao relato de mudanças que possam ter ocorrido na forma como o trabalho é feito pelo paciente. Caso a atividade atual do paciente não seja a mesma de antes da lesão, marque a dificuldade para se manter trabalhando na atividade atual.

Peça ao paciente para considerar as tarefas domésticas, caso seja seu principal trabalho.

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PSS-BRASIL

- a) A pontuação máxima dos domínios de dor e de satisfação são, respectivamente, 30 pontos e 10 pontos, sendo que uma pontuação de 30 indica completa ausência de dor e de 10 indica que o paciente está muito satisfeito, respectivamente.
- b) O domínio de função tem pontuação máxima de 60 pontos, que indica alta função. No entanto, sempre que o item é marcado com o X “já não realizava antes da

lesão”, a pontuação máxima possível deve ser reduzida em 3 pontos. Se a soma dos 20 itens resultar em 27 pontos e o indivíduo tiver marcado X para dois itens, tem-se que a pontuação máxima possível deixa de ser 60 e passa a ser 54 ($60 - 2 \times 3$). A pontuação final do domínio de função será $27/54 \times 60$, ou seja, 30 pontos.

c) A pontuação final do questionário pode variar de 0 a 100, sendo que a pontuação de 100 indica melhor situação do paciente.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: Registro:
 Data de nascimento: / / Idade: Sexo: () F () M
 Profissão: Tel: Dominância: () D () E
 Hipótese diagnóstica:
 Cirurgia: Qual: Quando: / /
 Braço com dor ou disfunção: () D () E () Ambos Pior braço: () D () E
 Há quanto tempo tem dor ou disfunção nesse braço:

PENN SHOULDER SCORE (PSS-BRASIL)

Nome: Braço avaliado: Data: / /

PONTUAÇÃO PSS-BRASIL PARA O OMBRO

Parte I: Dor e Satisfação: Por favor, indique o número que mais se aproxima do seu nível de dor ou satisfação.

											Uso Exclusivo
Dor em repouso, com o braço parado ao lado do corpo:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
sem dor										pior dor possível (10 – N° circulado)
Dor durante atividades normais (comer, vestir-se, banhar-se):											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
sem dor										pior dor possível (10 – N° circulado) (marcar 0 se não se aplica)
Dor durante atividades de esforço (alcançar, levantar, empurrar, puxar, jogar um objeto):											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
sem dor										pior dor possível (10 – N° circulado) (marcar 0 se não se aplica)
Pontuação para dor =										 / 30
Qual a sua satisfação com o nível atual de função do seu ombro?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
não satisfeito										muito satisfeito / 10 (N° circulado)

PONTUAÇÃO PSS-BRASIL

Parte II: Função: Por favor, indique o nível de dificuldade que você pode ter ao realizar cada atividade.

		Já não realizava antes da lesão	Sem dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consegue de forma alguma
1	Alcançar a parte inferior da sua coluna com a mão do braço afetado, para arrumar a camisa dentro das calças.	X	3	2	1	0
2	Lavar o meio das costas ou prender o sutiã pelas costas com o braço afetado.	X	3	2	1	0
3	Realizar atividades de higiene pessoal com o braço afetado.	X	3	2	1	0
4	Lavar a parte posterior do ombro oposto com o braço afetado.	X	3	2	1	0
5	Pentear os cabelos com o braço afetado.	X	3	2	1	0
6	Colocar a mão do braço afetado atrás da cabeça com o cotovelo para fora e para o lado.	X	3	2	1	0
7	Vestir-se (incluindo vestir casaco e tirar a blusa pela cabeça).	X	3	2	1	0
8	Dormir em cima do lado afetado.	X	3	2	1	0
9	Abrir/empurrar a porta com o braço afetado.	X	3	2	1	0
10	Carregar um livro ou pasta, junto ao corpo, com o braço afetado.	X	3	2	1	0
11	Carregar uma sacola de compras ou maleta com o braço afetado.	X	3	2	1	0
12	Colocar uma lata (500 g a 1 kg) em uma prateleira à altura do ombro com o braço afetado esticado.	X	3	2	1	0
13	Colocar um pote de aproximadamente 5 kg (saco grande de arroz) em uma prateleira à altura do ombro com o braço afetado esticado.	X	3	2	1	0
14	Alcançar uma prateleira acima da cabeça com o braço afetado esticado.	X	3	2	1	0
15	Colocar uma lata (500 g a 1 kg) em uma prateleira acima da cabeça com o braço afetado esticado.	X	3	2	1	0
16	Colocar um pote de aproximadamente 5 kg (saco grande de arroz) em uma prateleira acima da cabeça com o braço afetado esticado.	X	3	2	1	0
17	Praticar atividades de lazer regulares ou esportes.	X	3	2	1	0
18	Realizar as tarefas de casa (limpar, lavar a roupa, cozinhar).	X	3	2	1	0
19	Arremessar acima do ombro/ nadar/ esportes com raquete, com o braço afetado. (Circule as atividades que se aplicam ao paciente)	X	3	2	1	0
20	Trabalhar o tempo todo em seu emprego ou função usual.	X	3	2	1	0

PONTUAÇÃO PARA FUNÇÃO

Total de colunas = (a)

Número de "X" x 3 = (b), 60 - (b) = (c)

(se nenhum X for circulado, a pontuação da função = número total de colunas)

Pontuação da função = (a) ÷ (c) = x 60 /60

Pontuação total (Parte I e II) =

REFERÊNCIAS

REFERENCE

1. Lombardi I Jr, Magri AG, Fleury AM, Da Silva AC, Natour J. Progressive resistance training in patients with shoulder impingement syndrome: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2008; 59:615-22.
2. Faber E, Kuiper JI, Burdorf A, Miedema HS, Verhaar JAN. Treatment of impingement syndrome: a systematic review of the effects on functional limitations and return to work. *J Occup Rehabil* 2006; 16:7-25.
3. McClure PW, Bialker J, Neff N, Williams G, Karduna A. Shoulder function and 3-dimensional kinematics in people with shoulder impingement syndrome before and after a 6-week exercise program. *Phys Ther* 2004; 84:832-48.
4. Ludewig PM, Borstad JD. Effects of a home exercise programme on shoulder pain and functional status in construction workers. *Occup Environ Med* 2003; 60:841-9.
5. Deyo RA, Andersson G, Bombardier C, Cherkin DC, Keller RB, Lee CK *et al*. Outcome measures for studying patients with low back pain. *Spine* 1994; 19:2032S-2036S.
6. MacDermid JC, Turgeon T, Richards RS, Beadle M, Roth JH. Patient rating of wrist pain and disability: a reliable and valid measurement tool. *J Orthop Trauma* 1998; 12:577-86.
7. Underwood MR, Barnett AG, Vickers MR. Evaluation of two time-specific back pain outcome measures. *Spine* 1999; 1(24):1104-12.
8. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334:835-40.
9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 4:3186-91.
10. Vilete L, Figueira I, Coutinho E. Adaptação transcultural para o português do *Social Phobia Inventory* (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57:122-26.
11. Leggin BG, Michener LA, Shaffer MA, Brennehan SK, Iannotti JP, Williams GR Jr. The Penn Shoulder Score: reliability and validity. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006; 36:138-51.
12. Richards RR, An K-N, Bigliani LU *et al*. A standardized method for the assessment of shoulder function. *J Shoulder Elbow Surg* 1994; 3:347-52.
13. Roach KE, Budiman-Mak E, Songsiridej N, Lertratanakul Y. Development of a shoulder pain and disability index. *Arthritis Care Res* 1991; 4:143-9.
14. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med* 1996; 29:602-8.
15. Kirkley A, Griffin S, Alvarez C. The development and evaluation of a disease-specific quality of life measurement tool for rotator cuff disease: The Western Ontario Rotator Cuff Index (WORC). *Clin J Sport Med* 2003; 13:84-92.
16. Orfale AG, Araújo PMP, Ferraz MB, Natour J. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire. *Braz J Med Biol Res* 2005; 38:293-302.
17. Lopes AD, Stadiniky SP, Masiero D, Carrera EF, Ciconelli RM, Griffin S. Tradução e adaptação cultural do WORC: um questionário de qualidade de vida para alterações do manguito rotador. *Rev Bras Fisioter* 2006; 3:309-15.
18. Leggin BG, Michener LA, Shaffer MA, Brennehan SK, Iannotti JP, Williams Jr GR. The Penn Shoulder Score: Reliability and Validity. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006; 36:138-51.
19. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34:203-10.
20. Ciconelli RM, Ferraz MR, 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; 139:143-50.
21. Ferraz MB, Oliveira LM, Araújo PMP, Atra E, Tugwell P. Cross cultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol* 1990; 17:813-7.
22. Marx FC, Oliveira LM, Bellini CG, Ribeiro MCC. Tradução e Validação Cultural do Questionário Algorítmico de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadril para a Língua Portuguesa. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46:253-60.
23. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a Língua Portuguesa. *Rev Esc Enf USP* 1996; 30:473-83.
24. Oku EC, Andrade AP, Stadiniky SP, Carrera EF, Tellini GG. Tradução e Adaptação Cultural do Modified-University of California at Los Angeles Shoulder Rating Scale para a Língua Portuguesa. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46:246-52.
25. Sallay PI, Reed L. The measurement of normative American Shoulder and Elbow Surgeons Scores. *J Shoulder Elbow Surg* 2003; 12:622-7.