

A IMPORTÂNCIA DOS QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

LETÍCIA N. C. DEL CASTILLO

GUSTAVO LEPORACE

THEMIS M. CARDINOT

ROGER A. LEVY

LISZT P. OLIVEIRA

RESUMO

A avaliação da qualidade de vida tem sido cada vez mais utilizada na área de saúde para informar a evolução do paciente e a decisão quanto ao tratamento mais indicado. Os instrumentos de avaliação podem partir de uma única pergunta até questionários sofisticados, onde as questões são agrupadas em domínios ou dimensões, de acordo com o seu significado na situação ou doença avaliada. Com poucas exceções, os instrumentos de avaliação de qualidade de vida têm sido desenvolvidos em países de língua inglesa, o que dificulta o seu uso em outros países. Mesmo entre países que falam a mesma língua, características individuais e culturalmente distintas fazem com que um instrumento de avaliação necessite de adaptações para torná-lo adequado ao contexto cultural da população-alvo. A tradução do instrumento em inglês para outro idioma deve seguir um conjunto de instruções padronizadas para adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida, incluindo cinco etapas: tradução, tradução de volta, revisão pelo comitê, pré-teste e teste, com reavaliação dos pesos dos escores, se relevante. Estudos de equivalência cultural e validação dos principais instrumentos utilizados na literatura ortopédica internacional têm sido realizados no Brasil, seguindo os critérios recomendados.

PALAVRAS-CHAVE: *Questionários; Qua-*

lidade de vida; Tradução; Reprodutibilidade.

INTRODUÇÃO

QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1952, reformulou o conceito de saúde, como sendo não somente a ausência de uma doença, mas também a presença de um bem-estar físico, mental e social. Esses fatos contribuíram para que um dos paradigmas da medicina fosse o de minimizar os danos causados pelas doenças e promover uma melhor condição de saúde e de qualidade de vida¹.

Os profissionais da área da saúde reconhecem a importância da avaliação da qualidade de vida para informar a evolução do paciente e a decisão quanto ao tratamento mais indicado². Por isso, a avaliação da qualidade de vida tem sido cada vez mais utilizada na área de saúde, principalmente depois que suas propriedades de medida foram comprovadas como um parâmetro válido, reprodutível¹. Assim, a mensuração do impacto da doença na qualidade de vida do paciente torna-se uma ferramenta cada vez mais importante.

Segundo Ciconelli (2003)³, a avaliação da qualidade de vida tem como base a percepção do indivíduo sobre seu estado

de saúde, a qual também é influenciada pelo contexto cultural em que ele está inserido. A avaliação da saúde engloba aspectos gerais da vida e do bem-estar do indivíduo; portanto, experiências subjetivas contribuem de forma importante como um parâmetro de avaliação dos próprios indivíduos.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os instrumentos podem ser representados por uma variada gama de indagações, partindo-se de uma única pergunta (por exemplo: “como está sua qualidade de vida?”), até questionários mais sofisticados, onde as questões são agrupadas em domínios ou dimensões de acordo com o seu significado na situação ou doença avaliada². Os instrumentos podem ser: a) discriminativos, medindo e diferenciando pessoas que têm melhor ou pior qualidade de vida; b) de avaliação, medindo a magnitude de uma mudança na qualidade de vida de uma pessoa ou de uma população; c) preditivos, que são instrumentos capazes de detectar a possibilidade de um indivíduo desenvolver determinada condição. Podem ser administrados aos pacientes por meio de entrevista simples, telefonemas, podem ser autoadministrados e administrados por correio eletrônico².

PROPRIEDADES DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Existem três propriedades que um instrumento deve possuir para que seja considerado confiável; são elas: reprodutibilidade, validade e sensibilidade a uma alteração². A reprodutibilidade significa que a mensuração deve apresentar valores similares em condições constantes, mesmo após

muitas repetições, ou seja, deve produzir resultados iguais ou muito semelhantes, em duas ou mais administrações para o mesmo paciente, considerando que seu estado clínico não tenha sido alterado³. A validade de um instrumento é a propriedade que avalia se o foco do questionário está sendo respeitado, ou seja, se as questões dizem respeito ao objetivo mencionado na avaliação³. A sensibilidade se refere à habilidade da avaliação em refletir as verdadeiras mudanças ou diferenças na qualidade de vida do paciente³.

TIPOS DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida podem ser divididos em dois grupos principais: genéricos e específicos³.

INSTRUMENTOS GENÉRICOS

Esses instrumentos podem avaliar o paciente de forma mais ampla, e podem fazer comparações entre populações que apresentam condições clínicas distintas, detectando diferentes aspectos de diversas intervenções em saúde. Os instrumentos genéricos podem ser subdivididos em duas categorias: instrumentos que avaliam o perfil de saúde e instrumentos que avaliam medidas de benefício. Os instrumentos que avaliam o perfil de saúde captam aspectos importantes referentes à qualidade de vida relacionada à saúde do paciente. Têm como principais vantagens o fato de que podem ser usados em diversas situações e em qualquer população. No entanto, podem não apresentar sensibilidade para detectar uma mudança após uma intervenção, em uma condição específica de baixa reprodutibilidade. Os instrumentos que

avaliam as medidas de benefício refletem a preferência dos pacientes por um determinado processo de tratamento ou por um determinado estado de saúde, de acordo com uma escala que varia de 0 (morte) a 1 (saúde perfeita). Os instrumentos de medida de benefício refletem tanto o estado de saúde em si, quanto o valor dado pelo paciente ao seu estado de saúde. Essas medidas avaliam a melhora ou a piora do paciente; no entanto, não são capazes de determinar em que domínio essa mudança ocorreu³.

INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

São instrumentos que avaliam aspectos do estado de saúde, específicos para uma determinada situação. Podem ser específicos para uma doença, para uma população, para uma função ou para uma condição. Apresentam grande capacidade de alteração frente a uma determinada intervenção, sendo esta uma de suas principais características, o que faz com que estes instrumentos sejam os mais utilizados, na atualidade, em ensaios clínicos que avaliam uma determinada terapêutica. Contudo, não conseguem medir, de forma global, determinados aspectos da qualidade de vida³.

A literatura descreve dois tipos de instrumentos específicos: aqueles para determinada extremidade ou articulação e os específicos para doenças. Os específicos para extremidade oferecem uma alternativa prática, já que podem ser usados num contexto de várias enfermidades. Entretanto, o instrumento deve adequar suas propriedades psicométricas (confiabilidade, validade, responsividade) em todos os grupos de pacientes em que é aplicado. A maior vantagem desse tipo de medida é a habilidade de detectar mudanças específicas de determinadas doenças quando estas ocorrem³.

Como exemplos, existem o

*Short Musculoskeletal Functional Assessment (SMFA)*⁴, desenvolvido para avaliar qualquer desordem músculo-esquelética da extremidade superior ou inferior, e o *Disability of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (DASH)*⁵ para avaliação do membro superior.

Os questionários *Western Ontario Rotator Cuff Index*⁶ e *Western Ontario Shoulder Instability Research Group*⁷ também são exemplos de instrumentos específicos. Os mesmos abordam o impacto de certas atividades ou posições específicas nas desordens do manguito rotador e nas instabilidades de ombro, respectivamente⁸.

Os métodos de avaliação clínica pré e pós-operatórios usualmente empregados nas doenças do quadril são *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index – WOMAC*⁹, *Merle D'Aubigne and Postel Hip Score*¹⁰, *American Academy of Orthopedic Surgeons Lower Limb Questionnaire*¹¹, *Hip Disability and Osteoarthritic Outcome Score*¹², *McMaster-Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire*¹³, *Patient Specific Index*¹⁴, *Harris Hip Score*¹⁵, *Lequesne Algorfuncional Index*¹⁶ voltados para pacientes portadores de doença articular degenerativa grave que apresentam significativa limitação da capacidade física.

Com poucas exceções, os instrumentos de avaliação de qualidade de vida têm sido desenvolvidos em países de língua inglesa, o que dificulta o seu uso em outros países. Mesmo entre países que falem a mesma língua, características individuais e culturalmente distintas fazem com que um instrumento de avaliação necessite de adaptações para torná-lo adequado ao contexto cultural da população-alvo¹⁷.

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DE QUESTIONÁRIOS

Guillemin et al.¹⁷, revisado por Beaton et al.¹⁸, propuseram um conjunto de instruções padronizadas para adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida, incluindo cinco etapas: tradução, tradução de volta, revisão pelo comitê, pré-teste e teste, com reavaliação dos pesos dos escores, se relevante.

A tradução do instrumento em inglês para a língua portuguesa deve ser realizada por dois tradutores independentes, conhecedores da língua materna do questionário e cientes do objetivo do trabalho. Após avaliar as duas traduções (T1 e T2) e compará-las com o instrumento original, ambas devem ser sintetizadas em uma única tradução (T1-2)¹⁷⁻¹⁹.

Na etapa seguinte, a tradução de volta é realizada por dois tradutores independentes, de preferência nativos da língua inglesa, que ao contrário dos primeiros, não devem ter conhecimento do objetivo da tradução. A partir de T1-2 em português devem ser produzidas duas traduções de volta para a língua inglesa (TV1 e TV2). TV1 e TV2 devem ser comparadas com o instrumento original e sintetizadas em tradução de volta 1-2 (TV1-2)¹⁷⁻¹⁹.

Um comitê formado por uma equipe multidisciplinar se reúne para analisar as divergências entre o instrumento original e as traduções e, então, produzir a versão brasileira¹⁷⁻¹⁹.

Durante a tradução dos instrumentos, alguns aspectos devem ser avaliados:

A equivalência semântica baseia-se na avaliação da equivalência gramatical e do vocabulário. Muitas palavras de uma determinada língua podem não ter tradução adequada para outra língua, ou mesmo tempo verbal que são utilizados em alguns idiomas e em outros, não¹⁷⁻¹⁹.

A equivalência idiomática, ou seja, a tradução de certas expressões idiomáticas é muito difícil. Certas expressões em inglês, quando são traduzidas para a

língua portuguesa, perdem completamente o sentido, ou podem ser entendidas com sentido diferente ao da língua materna¹⁷⁻¹⁹.

Para uma boa tradução, a equivalência cultural é importante para que os termos utilizados sejam coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina, dentro de seu contexto cultural. No caso de um termo ou situação se encontrarem fora do contexto ou da vivência da população em questão, devem ser trocados¹⁷⁻¹⁹.

Alguns itens utilizados na avaliação da qualidade de vida podem apresentar equivalência semântica, porém não apresentar equivalência conceitual. Neste caso, os termos com divergência na equivalência conceitual devem ser substituídos pelos termos mais adequados existentes na língua para a qual a tradução está sendo feita¹⁷⁻¹⁹.

Após o processo de tradução e adaptação cultural, o instrumento deve ter suas propriedades de medida, ou seja, reprodutibilidade, validade e sensibilidade às alterações testadas. A versão brasileira deve ser aplicada em uma amostra de indivíduos: é o chamado pré-teste. As questões que não forem bem entendidas por mais de 15% dos indivíduos devem ser reavaliadas quantas vezes forem necessárias, até que ela se apresente com bom entendimento e boa aplicabilidade. Por fim, devem ser avaliados e, se necessário, adaptados os pesos dos escores dos itens e escalas que se apresentam no instrumento¹⁷⁻¹⁹.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, têm ocorrido mudanças na avaliação dos desfechos usados nas análises de efetividade de tratamentos clínicos ou cirúrgicos em ortopedia. Geralmente avaliam-se as mudanças clínicas por meio do exame físico e dos exames complementares. Mas, nas últimas décadas, desfechos como qualidade

de vida relacionada à saúde, capacidade funcional, escalas de dor e satisfação têm sido enfatizados por possibilitarem a análise da situação de saúde e as manifestações da doença na vida do indivíduo em sua própria perspectiva (subjetividade), complementando os dados clínicos e objetivos. Reconhecendo a importância do uso de medidas de qualidade de vida e do estado de saúde para avaliação de intervenções e de novas técnicas, estudos de equivalência cultural e validação dos principais instrumentos utilizados na literatura ortopédica internacional têm sido realizados no Brasil, seguindo os critérios recomendados.

REFERÊNCIAS

1. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol*; 2003. 43: IX-XIII.
2. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*; 1993. 118: 622-9.
3. Testa, MA & Simonson, DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Eng J Med*; 1996. 334: 835-40.
4. Martin DP, Engelberg R, Angel J, Snapp D, Swionkowski MF. Development of a musculoskeletal extremity health status instrument: the musculoskeletal functional assessment instrument. *J Orthop Res*; 1996. 14(2): 173-81.
5. Beaton DE, Katz JN, Fossel AH, Wright JG, Tarasuk V, Bombardier C. Measuring the whole or the parts: Validity, reliability, and responsiveness of the disability of the arm, shoulder and hand out-hand outcomes measure in different regions of the upper extremity. *J Hand Ther*; 2001. 14(2): 128-46.
6. Kirkley A, Griffin S. Development of disease-specific quality of life measurement tools. *Arthroscopy*; 2003. 19(10): 1121-8.
7. Kirkley A, Griffin S, McLintock H, Ng L. The development and evaluation of a disease-specific quality of life measurement tool for shoulder instability. The western Ontario shoulder instability index (WOST). *Am J Sports Med*; 1998. 26(6): 764-72.
8. Lopes AD, Ciconelli RM, Dos Reis FB. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. *Rev Bras Ortop*; 2007. 42: 355-9.
9. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J. Rheumatol*; 1988. 15: 1833-40.
10. D'Aubigne RM & Postel M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. *J Bone Joint Surg Am*; 1954. 36: 451-75.
11. Hunsaker FG, Cioffi DA, Amadio PC et al. The American academy of orthopaedic surgeons' outcomes instruments: Normative values from the general population. *J Bone Joint Surg Am*; 2002. 84: 208-15.
12. Nilsson AK, Lohmander LS, Klassbo M, et al. Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) – Validity and responsiveness in total hip replacement. *BMC Musculoskelet Disord*; 2003. 4: 10.
13. Tugwell P, Bombardier C, Buchanan WW, et al. An individualized functional priority approach for assessing improvement in physical disability in clinical trials in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*; 1987. 14:446-51.
14. Wright JG, Young NL. The patient-specific index: asking patients what they want. *J Bone Joint Surg Am*; 1997. 79: 974-83.
15. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am*; 1969. 51:737-55.
16. Lequesne M, Mery C, Samson M, Gerard M. Indices of severity for osteoarthritis of hip and knee. Validation. Value in comparison with other assessment tests. *Scand. J Rheumatol*; 1987. (supl.65):85-9.
17. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life mea-

- asures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*; 1993. 6(12): 1417-32.
18. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guideline for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*; 2000. 25(24): 3186-91.
19. Herdman M, J FR, Badia X. Equivalence and the translation and adaptation of health related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*; 1997. 6(3): 237-47.

ABSTRACT

The evaluation of quality of life has been increasingly used in health care to evaluate the patient outcome and to decide about treatment options. The evaluation instruments can consist of a single question or sophisticated questionnaires, where questions are grouped in accordance to its meaning in the situation or a specific illness. With

few exceptions, the quality of life evaluation instruments have been developed in English speaking countries, which make it difficult to be used in other countries. Even in countries that speak the same language, individual and cultural characteristics, make some adaptations necessary in these instruments to become more adequate to the cultural context. The instrument translation from English to another language must follow a set of standardized instructions for cultural adaptation, including five stages: translation, back translation, committee revision, pre-test, test; and if necessary, scores reevaluation. Studies of cultural equivalence and validation of the main instruments used in international orthopedic literature have been performed in Brazil, following the recommended criteria.

KEYWORDS: Questionnaires; Quality of life; Translations; Reproducibility.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

ARTIGO 1: A IMPORTÂNCIA DOS QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

LETÍCIA N. C. DEL CASTILLO

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;
Fisioterapeuta.

GUSTAVO LEPORACE

Mestrando - Engenharia Biomédica/COPPE/UFRJ;
Fisioterapeuta - Laboratório de Biomecânica e Comportamento.

THEMIS M. CARDINOT

Doutora - FM/USP;
Professora Adjunta - IB/UFRRJ.

ROGER A. LEVY

Doutor - Ciências Biológicas/UFRJ;
Professor Adjunto - FCM/UERJ.

LISZT P. OLIVEIRA

Doutor - FCM/UERJ;
Professor Adjunto - FCM/UERJ.

ARTIGO 2: EPIDEMIOLOGIA DA SARCOIDOSE NO BRASIL E NO MUNDO

VINÍCIUS L. SILVA

Mestre - PGCM/FCM/UERJ.

ROGÉRIO RUFINO

Vide Editorial.

CLÁUDIA HENRIQUE DA COSTA

Doutora - UFRJ;
Professora Adjunta e Coordenadora - Disciplina de Pneumologia e Tisiologia/FCM/UERJ.

ARTIGO 3: SÍNDROMES MIOLODISPLÁSTICAS (SMD)

MARIA CHRISTINA PAIXÃO MAIOLI

Professora Adjunta - Disciplina de Hematologia/FCM/UERJ.

MARIA HELENA FARIAS ORNELLAS DE SOUZA

Professora Associada - Departamento de Patologia e Laboratório/FCM/HUPE/UERJ.

ARTIGO 4: PREVALÊNCIA DE DOENÇA CELÍACA EM PACIENTES DISPÉPTICOS SEM DIARRÉIA

DIALINA C. M. MACHADO

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;
Professora - Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia/FCM/UERJ.

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

Professora Adjunta - Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva/FCM/UERJ.

DAURITA DARCI DE PAIVA

Doutora - Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz;
Professora Adjunta - Anatomia Patológica/FCM/UERJ.

LÚCIA TURAZZI CARVALHO

Especialização - Microbiologia e Imunologia/UFRJ;
Biomédica - Laboratório de Imunologia/ HUPE/ UERJ.

ARTIGO 5: TÉCNICAS HISTOPATOLÓGICAS SEMIQUANTITATIVAS E DE ANÁLISE DE IMAGENS DIGITAIS NA AVALIAÇÃO DO ESTADIAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HEPATITE CRÔNICA PELOS VÍRUS B E C

CARLOS F.F. CAMPOS

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;
Médico Patologista - Hospital Federal de Bonsucesso.

Titulação dos Autores

DAURITA D. PAIVA

Vide Artigo 4.

PARANAGUÁ S. MOREIRA

Mestre - Anatomia Patológica/UFRJ;
Professor Adjunto/UERJ.

HUGO P. P. BARBOSA

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;
Médico Pós-graduando/UERJ.

RENATA PEREZ

Doutora em Gastroenterologia pela UFSP;
Professora Adjunta da UFRJ.

CARLOS TERRA

Doutor em Medicina - Universidade de Barcelona;
Professor Visitante da UERJ.

LUIZ F. F. ARECO

Mestre - PGCM/FCM/UERJ
Médico.

FÁTIMA A. F. FIGUEIREDO

Pós-Doutora em Ecoendoscopia Terapeutica no
Insituto Paoli-Calmettes-França;
Médica da Endoscopia Digestiva do Hospital Uni-
versitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

ARTIGO 6: AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA O ESPESSEAMENTO MÉDIO-INTIMAL DA CARÓTIDA EM MULHERES HIPERTENSAS

MICHELLE TRINDADE

Doutoranda - PGCM/FCM/UERJ;
Nutricionista.

RENATA B. MARTUCCI

Professora Adjunta do Instituto de Nutrição da
UERJ;
Nutricionista.

ADRIANA K. BURLÁ

Doutora - PGCM/FCM/UERJ;
Médica.

WILLE OIGMAN

Professor Titular do Departamento de Clínica Mé-
dica da FCM/UERJ.

MÁRIO F. NEVES

Vide Editorial.

DENIZAR V. ARAÚJO

Vide Editorial.

ARTIGO 7: ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO DIAS-TÓLICA COMO EFEITO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

MAURÍCIO P. COSTA

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;
Supervisor Médico - Instituto Nacional do Câncer-
INCA/HC III.

MÁRCIA BUENO CASTIER

Doutora em Cardiologia - USP;
Professora Adjunta/UERJ;
Chefe do Setor de Ecocardiografia do Serviço de
Cardiologia/UERJ.

ARTIGO 8: TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO POR MEIO DA ELETROESTIMULAÇÃO FUNCIONAL DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO

RODRIGO M. P. DANTAS

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;
Especialista em Geriatria e Gerontologia;
Fisioterapeuta.

CÉLIA P. CALDAS

Pós-doutora - UNIFESP;
Vice-diretora - Programa Universidade Aberta da
Terceira Idade/UERJ.

**ARTIGO 9: DESEMPENHO DA ULTRASSONO-
NOGRAFIA TRANSVAGINAL NO DIAGNÓSTI-
CO DA ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PRO-
FUNDA DE COMPARTIMENTO POSTERIOR**

JULIANA V. DE MENDONÇA

Mestre - PGCM/FCM/UERJ;
Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Habili-
tação em Videoesteroscopia).

MARCO AURÉLIO P. DE OLIVEIRA

Professor Adjunto - Ginecologia/FCM/UERJ;
Chefe do Departamento/DGO;
Coordenador do Laboratório de Endometriose/
HUPE/UERJ.

**ARTIGO 10: RESPOSTA CLÍNICA À VARDE-
NAFILA EM HIPERTENSOS COM DISFUNÇÃO
ERÉTIL VASCULOGÊNICA**

VALTER JAVARONI

Doutor - PGCM/FCM/UERJ;
Médico Urologista.

MÁRIO Q. MIGUEZ

Médico Radiologista/HUPE/UERJ.

WILLE OIGMAN

Vide Artigo 6.

MARIO F. NEVES

Vide Editorial.