

CRIAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO MOS SF-36

Parte I - Adaptação Cultural e Linguística

PEDRO LOPES FERREIRA

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra.

RESUMO

Ao contrário do que muitas vezes se possa pensar, não se pretende que as medidas genéricas de saúde sejam usadas como substitutas de outros procedimentos clínicos mais tradicionais. Aliás, toda a história da evolução deste tipo de medidas se tem baseado em comparações com medidas clínicas, sempre encaradas pelos investigadores como formas de validação do instrumento de medição de resultados e como forma de afirmação perante os clínicos, pela maneira como detectam variações no tempo nem sempre detectáveis pelas medidas usuais. O instrumento de medição apresentado neste artigo é a versão portuguesa do MOS SF-36, cujo original foi o resultado do Medical Outcomes Study, um estudo levado a cabo por investigadores da Rand Corporation nos EUA na década de 80. Um dos objectivos deste investigadores era precisamente desenvolver instrumentos para serem usados em monitorização contínua dos resultados de saúde. Este artigo descreve a primeira vez que o MOS SF-36 foi adaptado culturalmente para português, validado e aplicado. Na primeira parte são referidos alguns dos fundamentos e desenvolvimentos do instrumento original, assim como resultados de algumas aplicações específicas. Na segunda parte, são introduzidas definições operacionais para cada uma das oito escalas e é descrito o modelo de medição SF-36, assim como a estrutura factorial com duas dimensões. De seguida, é discutido o esquema utilizado por nós para transformar os dados desde que são obtidos dos respondentes até estarem aptos a serem utilizados posteriormente. Finalmente, é apresentada a metodologia seguida por nós para proceder à adaptação cultural do MOS SF-36 e para a criação de uma versão portuguesa culturalmente equivalente.

SUMMARY

Creation of Portuguese version of the MOS SF-36 Part I, Cultural and Linguistic Adaptation

No one aims at applying generic measures as substitutes for other more traditional clinical procedures. The whole history of the evolution of these types of measures has been based on comparisons with clinical measures, always seen by researchers as ways to validate health outcome measures and as a process to be recognized by clinicians as a way to detect changes in time not always detected by the usual measures. The measurement instrument presented in this paper is the Portuguese version of the MOS SF-36, originally a result of the Medical Outcomes Study, a study carried out by Rand Corporation researchers in the 80's. One of the objectives of these researchers was precisely to develop instruments to be used in continuous monitoring of outcomes. This paper describes the first time MOS SF-36 was culturally adapted to Portuguese, validated and implemented. The first part mentions some of the foundations and developments of the original instrument as well as some results obtained from some specific applications. The second part introduces operational definitions for each of the eight scales and describes the SF-36 measurement model as well as the factor structure with two dimensions. Next, we present the design used by us to transform the data from the time they are collected from the respondents to the time they are ready to be further used. Finally, the methodology used to culturally adapt the MOS SF-36 and create a Portuguese version which is culturally equivalent are presented.

INTRODUÇÃO

Segundo um crescente número de autores, estamos numa era em que os resultados em saúde estão cada vez mais a ser avaliados sob a perspectiva do doente e com base na forma como afectam a sua funcionalidade ou o seu bem-estar e satisfazem as suas expectativas e necessidades^{1,2}. Estas ideias não são, no entanto, novas como o demonstra, entre outros, Lembcke com a afirmação:

A melhor medida de qualidade não é a bondade ou a frequência com que um serviço médico é prestado, mas sim quão próximo o resultado está dos objectivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar o stress, restaurar a função e prevenir a incapacidade³.

Já desde o início deste século que existem textos a salientar a importância desta perspectiva⁴ mas só mais recentemente é que o restabelecimento ou a manutenção de uma vida mais efectiva foi considerado o principal objectivo dos cuidados médicos⁵⁻¹⁰ e só a partir da segunda metade deste século é que surgiram as preocupações de natureza metodológica¹¹. No entanto, este tipo de informação não faz geralmente parte dos processos clínicos e ainda não é de acesso fácil por parte dos prestadores de cuidados.

Várias conferências têm, nos últimos tempos, sido dedicadas exclusivamente, ou quase, a este tema¹²⁻¹⁷, o que tem levado a um maior esclarecimento em relação ao enquadramento conceptual com base no qual as medições são feitas. Segundo Ware¹⁸ têm sido vários os avanços neste domínio, podendo salientar-se uma maior compreensão das dimensões de saúde¹⁹⁻²¹, uma maior inclusão deste tipo de medição em ensaios clínicos²²⁻²⁴, em avaliações de política de saúde^{25,26}, em inquéritos às populações em geral²⁶⁻²⁹ e na prática clínica³⁰.

É interessante também notar que até meados deste século as medições em saúde se centravam na detecção da presença ou ausência de estados negativos de saúde, de limitações funcionais, de sintomas de doença e da existência de problemas agudos e crónicos³¹. Só na segunda metade do século é que apareceram medidas de bem-estar, de desempenho e de funcionalidade^{12,32-35} e só muito recentemente é que estas preocupações, inicialmente apenas existentes no domínio dos investigadores, passaram para a área da acção política prática e explícita com a aprovação, pelo Congresso dos EUA em 1987, da Lei de Investigação dos Resultados de Saúde dos Doentes que estabelece um programa de investigação em resultados de saúde centrado nas percepções dos doentes. Para além das medidas tradicionais de sobrevivência, dos indicadores clínicos e dos sintomas e problemas específicos de determinadas doenças e tratamentos, esta lei

prevê a utilização de medidas de estado funcional e bem-estar, assim como de satisfação dos doentes.

Como anteriormente referimos, o debate sobre a utilização e a interpretação deste tipo de avaliação foi inicialmente levado a cabo por investigadores metodológicos⁴, talvez como reflexo da importância conceptual e conteúdo metodológico que os instrumentos da medição de estados de saúde possuem³⁶, sendo muitos destes investigadores provenientes dos domínios da psicologia, de outras ciências sociais e, mais recentemente, da medicina. Só muito depois é que este debate entrou nas portas das salas e gabinetes de gestores de cuidados de saúde e políticos da saúde que agora já manifestam um interesse pelo conteúdo, pelo uso e pela interpretação de índices de saúde a um nível semelhante ao dos investigadores. Ter uma vida mais efectiva⁸ e preservar a função e o bem-estar^{7,9,10} começam agora a ser as metas a atingir pelos vários actores da prestação de cuidados em saúde, isto apesar de, como atrás foi referido, relatórios sobre a experiência dos doentes com a doença e tratamento só raramente fazerem parte dos processos clínicos.

Foi neste contexto que John Ware e a sua equipa, há cerca de 15 anos, planearam e executaram um Estudo dos Resultados Médicos (MOS – Medical Outcomes Study) com o objectivo de ver se as variações dos resultados nos doentes eram explicadas pelas diferenças nos sistemas de cuidados de saúde, formação e prática clínica. Além disso, era missão deste projecto desenvolver instrumentos práticos de medição para uma monitorização contínua dos resultados^{18,37,38}.

Um dos instrumentos de medição desenvolvidos como resultado do projecto MOS foi precisamente o SF-36 a partir de uma extensa bateria de questionários que incluía quarenta conceitos relacionados com a saúde^{37,39,40}. Para se criar um novo questionário de uma forma eficiente, seleccionou-se um número mínimo de conceitos de modo a manter as características do questionário inicial, não se perdendo muito da variância explicada. Pretendia-se então um instrumento padrão que fornecesse informação útil para a interpretação de resultados¹⁸, incluindo diferenças entre populações relativamente ao estado físico e mental, a carga para os respondentes, principalmente os que sofrem de doenças crónicas e o efeito de tratamento no estado de saúde em geral.

O formato final deste instrumento de medição genérico contém 36 itens cobrindo oito dimensões de estado de saúde e detectando tanto os estados positivos como os negativos de saúde⁴¹. O SF-36 é considerado uma medi-

da genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um^{42,43}. Além disso não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento.

O seu conteúdo, tanto referente à saúde física como à mental, a sua robustez psicométrica e a sua relativa simplicidade são factores que facilitam a sua utilização. Estes factores, associados à existência, em diversos países, de um projecto internacional de adaptação do questionário original (International Quality of Life Assessment – IQOLA – Project)⁴⁴⁻⁴⁵, estão a transformar o SF-36 Health Survey num dos instrumentos genéricos de medição de estado de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação de resultados clínicos⁴¹.

Entre nós, tanto quanto nos é dado saber, este trabalho descreve a primeira vez que este instrumento de medição de resultados em saúde foi adaptado culturalmente para português, validado e aplicado.

CONCEITOS E ESCALAS

O SF-36 foi construído para representar oito dos conceitos mais importantes em saúde representados na Figura 1.

- **Função física** - A escala correspondente à função física pretende medir desde a limitação para executar actividades físicas menores (como tomar banho ou vestir-se) até às actividades mais extenuantes, passando por actividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar uma determinada distância.
- **Desempenhos físico e emocional** - As escalas de desempenho medem a limitação em saúde em termos do

tipo e da quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas. Ware considera que ambas as escalas de desempenho – físico e emocional – se aplicam mais a indivíduos reformados ou com mais do que um tipo de trabalho¹⁸.

- **Dor física** - As escalas da dor representam não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a forma como interfere nas actividades normais.
- **Saúde em geral** - A escala da saúde em geral pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim, aos olhos dos respondentes e em relação às restantes perguntas, menos redundante.
- **Vitalidade** - A escala referente à vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem-estar.
- **Função social** - A escala da função social estende a medição para além da pele do indivíduo⁴⁶, pretendendo captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente.
- **Saúde mental** - Esta escala inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental. São elas, a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

Estas oito escalas podem ser agrupadas em duas componentes (saúde física e saúde mental) obtidas a partir de análises factoriais de componentes principais depois de os dados terem sido sujeitos a rotações ortogonais⁴⁵. Por fim, a escala da transição ou mudança de saúde, não constituindo por si só uma dimensão, pede

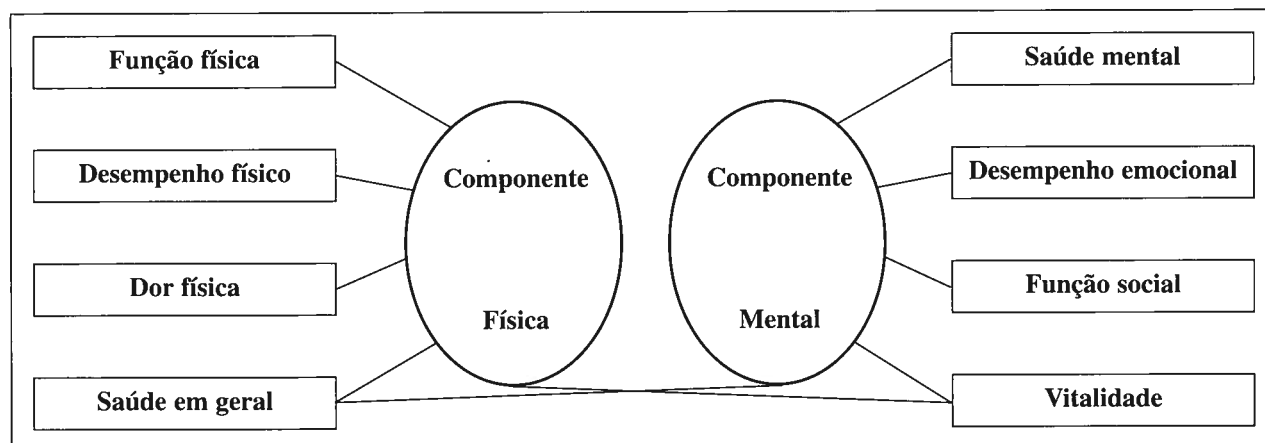


Figura 1 - Modelo factorial SF-36 com duas componentes

ao respondente que informe em geral, com base na experiência previamente vivida, o grau de mudança em geral na sua saúde.

O Quadro I mapeia-nos as várias perguntas nas oito escalas e apresenta-nos os conteúdos abreviados de cada

pergunta, assim como os respectivos níveis, dando-nos uma ideia da precisão da medição.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO

Os dados em bruto provenientes da codificação das

Quadro I - Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36

ESCALA	NÍVEIS	ITEM	CONTEÚDO ABREVIADO		
FF-Função física	21	3a	Actividades violentas (correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes)		
		3b	Actividades moderadas (deslocar uma mesa ou aspirar a casa)		
		3c	Levantar ou pegar nas compras de mercearia		
		3d	Subir vários lanços de escada		
		3e	Subir um lanço de escadas		
		3f	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se		
		3g	Andar mais de 1 Km		
		3h	Andar vários quarteirões ou grupos de casas		
		3i	Andar um quarteirão ou grupo de casas		
		3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a		
		DF-Desempenho físico	5	4a	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades
				4b	Fez menos do que queria
4c	Limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades				
4d	Dificuldade em executar o trabalho ou em outras actividades				
DC-Dor física	11	7	Intensidade das dores		
		8	Interferência da dor no trabalho normal		
SG-Saúde geral	21	1	A sua saúde é: óptima, muito boa, boa, razoável, fraca		
		11a	Parece que adoço mais facilmente do que os outros		
		11b	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa		
		11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar		
VT-Vitalidade	21	9a	Cheio/a de vitalidade		
		9e	Com muita energia		
		9g	Sentiu-se estafado/a		
		9i	Sentiu-se cansado/a		
FS Função social	9	6	Interferência dos problemas de saúde nas actividades sociais		
		10	Nº de casos em que a saúde física interferiu nas actividades sociais		
DE-Desempenho emocional	4	5a	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades		
		5b	Fez menos do que queria		
		5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume		
SM-Saúde mental	26	9b	Sentiu-se muito nervoso/a		
		9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava		
		9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo		
		9f	Sentiu-se triste e em baixo		
		9h	Sentiu-se feliz		
MS-Mudança de saúde	5	2	Saúde actual comparada com o que acontecia há um ano		

respostas ao questionário não estão, à partida e de imediato, em condições de serem usados. Há que os fazer passar por um procedimento, que os torne coerentes e interpretáveis em futuras manipulações. O procedimento utilizado para o MOS SF-36 é o descrito no diagrama da Figura 2.

Introdução de dados - Os dados são introduzidos segundo a codificação constante do questionário mas, por vezes, há ambiguidade em relação à codificação mais apropriada. Assim, se o respondente marcou duas respostas adjacentes referentes à mesma questão, devemos escolher, de uma

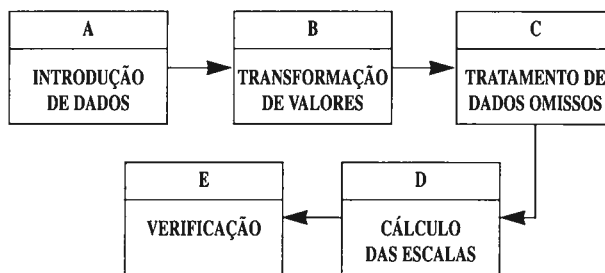


Figura 2 - Diagrama do sistema de pontuação do SF-36

forma aleatória, qualquer uma delas. Se o respondente marcou duas respostas não adjacentes a uma mesma questão, este dado deve ser considerado omissivo (missing data). Se o respondente, a uma pergunta do tipo *sim/não*, responde com um texto em vez de assinalar com uma cruz a resposta certa, isto deve ser encarado como correcto e deve ser considerada a resposta que mais próxima estiver do texto em questão.

Transformação de valores - Todas as possíveis 36 respostas devem ser verificadas. O Quadro II apresenta, para cada dimensão (coluna 1) e para cada questão (coluna 2), os valores das amplitudes (coluna 3), as transformações resultantes da aplicação do sistema de codificação (coluna 4) e os limites mínimo e máximo das escalas obtidas (colunas 5 e 6, respectivamente).

Se ocorrerem respostas para além dos limites definidos na coluna 3, dever-se-á analisar o questionário original e tentar corrigir eventuais erros provocados na fase de entrada de dados. Se isso não for possível, dever-se-á considerar o dado como omissivo.

Além disso, deverá proceder-se à transformação apresentada na coluna 4. Como se pode ver nesta tabela, as transformações são de dois tipos: inversão de valores nos itens das dimensões DC, SG, VT, FS e SM, e recalibração nos itens das dimensões DC e SG, com o apoio de funções de valor. Estas últimas transformações são o

que essencialmente distingue este sistema de codificação do proposto pela Rand Corporation⁴⁷.

Tratamento de dados omissos - Uma das vantagens mais importantes de uma escala com vários itens é que podemos estimar a sua pontuação, mesmo quando esta contenha informação omissa. Isto só é possível se estiverem, pelo menos, respondidos metade dos itens que compõem essa escala. A solução é dada pela média das respostas transformadas do mesmo indivíduo aos restantes itens da escala⁴⁸.

Cálculo das escalas - De seguida, calculamos uma pontuação para cada escala, através da simples soma das respostas aos itens que a compõem. Como vimos, se o respondente não respondeu a, pelo menos, metade dos itens de uma escala a esta deve ser atribuído o código associado a dado omissivo.

Os valores das escalas são, então, transformados para uma escala de 0 a 100 através da fórmula

$$\text{Escala Transformada} = \left[\frac{\text{SOMA} - \text{MIN}}{\text{MAX} - \text{MIN}} \right] * 100$$

onde SOMA indica o valor da soma dos itens dessa escala depois de recodificados (se necessário) e MIN e MAX, respectivamente, os valores mínimo e máximo

Quadro II - Informação para o sistema de pontuação

	(1) DIMENSÃO	(2) PERG.S	(3) VAL.S	(4) TRANSFORMAÇÃO		(5) MIN	(6) MAX			
FF	Função Física	3a - 3j	1 - 3	x → x		10	30			
DF	Desempenho físico	4a - 4d	1 - 2	x → x		4	8			
DC	Dor corporal	7	1 - 6	1 → 6.0	4 → 3.1	2	12			
				2 → 5.4	5 → 2.2					
				3 → 4.2	6 → 1.0					
				8	1 - 5			7 falta	7=1	7=2,...,6
				1 → 6.0	1 → 6.0			x → 6 - x		
2 → 4.75	1 → 4.0									
3 → 3.5	1 → 3.0									
4 → 2.25	1 → 2.0									
5 → 1.0	1 → 1.0									
SG	Saúde geral	1	1 - 5	1 → 5.0	4 → 2.0	5	25			
				2 → 4.4	5 → 1.0					
				3 → 3.4						
				11a, 11c	1 - 5			x → x		
11b, 11d	1 - 5	x → 6 - x								
VT	Vitalidade	9a, 9e	1 - 6	x → 7 - x		4	24			
				9g, 9i	1 - 6			x → x		
FS	Função social	6	1 - 5	x → 6 - x		2	10			
				10	1 - 5			x → x		
DE	Desempenho emocional	5a - 5c	1 - 2	x → x		3	6			
SM	Saúde mental	9b, 9c, 9f	1 - 6	x → x		5	30			
				9d, 9h	1 - 6			x → 7 - x		
MS	Mudança de saúde	2	1 - 5	x → x		—	—			

x → x representa a transformação identidade

correspondentes a essa SOMA e apresentados nas colunas 5 e 6 do mesmo Quadro II. O valor obtido corresponde à percentagem da total pontuação possível.

Verificação - É aconselhável que, no fim deste processo, seja feita uma verificação dos valores obtidos e das respectivas distribuições. Assim, para além da inspecção das distribuições de frequência, devem ser percorridos os seguintes passos de verificação:

- as correlações entre cada escala e os itens que a compõem devem ser positivas e altas (0,30, pelo menos);
- as correlações entre a escala SG e as outras sete escalas devem ser positivas e, com raras excepções, ser altas;
- as correlações entre as oito escalas e o primeiro factor não rodado obtido pela análise factorial devem ser positivas e altas.

ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A Health Insurance Experiment^{25,26,49} foi talvez a primeira grande demonstração da fiabilidade, da validade e do potencial dos inquéritos auto-administrados para avaliar o estado de saúde na população em geral. Apesar disso, e no entender de John Ware, no fim desta experiência ainda não se tinha conseguido demonstrar a capacidade de instrumentos deste tipo para medir o estado de saúde em populações doentes ou idosas¹⁸. Aliás, com excepção do Sickness Impact Profile²⁷, pouco se sabia, nessa altura, sobre a diferença de funcionalidade e bem-estar entre doentes crónicos ou mentais e a população em geral.

O SF-36 pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade desde que possua capacidade para ler o questionário. Pode ser autoadministrado, administrado através de uma entrevista, pelo correio ou por telefone. Para evitar um qualquer enviesamento causado pela interacção do doente com o prestador de cuidados, quando aplicado na área clínica, o SF-36 deve ser preenchido antes do sujeito responder a quaisquer outras questões sobre a sua saúde ou doença.

Ao ser, como vimos, uma forma reduzida de um extenso instrumento de medição de estado de saúde, o SF-36 pretende reduzir o peso do preenchimento e o custo da recolha de dados (praticabilidade), não sacrificando em demasia os parâmetros de natureza metodológica (elegância psicométrica). Por exemplo, na escala de funcionalidade física, são apenas necessários dez itens para definir 21 níveis de funcionalidade⁵⁰.

METODOLOGIA PARA A VALIDAÇÃO CULTURAL

Há, hoje em dia, uma grande procura de traduções de questionários de estado de saúde para serem usadas quer

em ensaios clínicos ou em estudos multinacionais de eficácia de medicamentos, normalmente levados a cabo por companhias farmacêuticas, quer para comparação de estatísticas da saúde entre populações⁵¹. Compilando contribuições de vários especialistas na área, foi recentemente publicado o primeiro livro que foca um conjunto de assuntos e problemas que emergiram quando estes estudos começaram a ser aplicados⁵².

O problema cultural coloca-se essencialmente quando se pretende estabelecer comparações de resultados da aplicação de um mesmo instrumento em culturas diferentes. A necessidade de comparação surge quando são detectadas ou esperadas diferenças de comportamento nos doentes ou nos prestadores de cuidados, face aos cuidados de saúde prestados⁵³. O resultado destas comparações é importante quer para médicos na tomada de decisão clínica ou na avaliação dos procedimentos de intervenção, quer para políticos da saúde na avaliação da eficácia de programas de cuidados de saúde⁵⁴.

No entanto, apesar de existir uma grande necessidade de padronização intercultural dos questionários de medição do estado de saúde, são raros os esforços para os testar e para os validar⁵⁵⁻⁵⁷ e alguns autores têm mesmo duvidado que medidas desenvolvidas num país possam ser traduzidas ou adaptadas para serem utilizadas, de uma maneira válida, noutros países⁵⁸. O desafio que se coloca à comunidade científica é como definir e usar medidas padronizadas entre países, enquanto simultaneamente se mantém a sensibilidade do instrumento de medição para com aspectos importantes e únicos de cada cultura⁵⁹⁻⁶⁴.

A maioria das traduções feitas até agora tem sido realizada sem grande validação empírica⁵⁵, sendo o projecto International Quality of Life Assessment (IQOLA) um dos poucos projectos que seguiram uma metodologia sistemática de adaptação cultural.

Este nosso projecto foi integrado nos trabalhos do projecto IQOLA⁴⁴ e seguiu as regras de equivalência cultural apresentadas pelo European Research Group on Health Outcomes (ERGHO)⁶⁵, um projecto financiado pela União Europeia no âmbito do programa Biomed-1/HSR⁶⁶. Também foram analisados os oito critérios exigidos pelo Scientific Advisory Committee do Medical Outcomes Trust para que traduções dos seus instrumentos de medição de resultados em saúde possam ser reconhecidas⁶⁷.

A equivalência entre dois instrumentos de medição aplicados em culturas diferentes passa pelos seguintes critérios:

- **Equivalência de conteúdo** - Estudo da relevância do conteúdo da escala na outra cultura. Uma consistência

interna dada pelo coeficiente α de Cronbach com valor superior ou igual a 0,70 é considerada satisfatória. Qualquer eliminação ou adição de itens poderá comprometer a liberdade inter-cultural, ficando o instrumento muito mais dependente sob o ponto de vista cultural.

- **Equivalência semântica** - Tradução feita por especialistas com o auxílio de traduções e retroversões. A técnica de retroversão descrita por Brisling⁶⁸, usando um ou mais tradutores e um ou mais retrovertedores, garante este tipo de equivalência.

- **Equivalência técnica** - Acordo entre os dados obtidos pela medida traduzida e os dados obtidos por outras medidas referentes ao mesmo conceito (teste de análise da validade concumitante).

- **Equivalência de critério** - Comparações inter-culturais entre ambas as medidas (a traduzida e a original) em termos dos resultados encontrados em ambas as culturas. A sensibilidade, a especificidade e o poder de resposta do instrumento de medição devem ser considerados nesta comparação. A análise da distribuição dos resultados fornece-nos alguma prova relativamente à capacidade do instrumento em distinguir entre grupos diferentes de doentes.

- **Equivalência conceptual** - Comparação entre as estruturas e os domínio da medida. Um processo associado a este tipo de equivalência é a análise das relações existentes entre as construções, através da correlação ou da análise factorial, com vista à obtenção de grupos idênticos de variáveis em ambas as culturas.

A equivalência semântica será descrita a seguir. Na segunda parte deste artigo serão apresentados outros critérios usados por nós na obtenção da versão portuguesa do MOS SF-36 e os resultados da validação que garantem, em grande parte, as equivalências atrás descritas.

PROCESSO DE TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

Para procedermos à validação cultural do MOS SF-36 e à elaboração da sua versão portuguesa recorreremos à versão publicada³⁷. A sua tradução para português seguiu o processo esquematicamente representado na Figura 3 a seguir.

Após uma clarificação dos conceitos, a tradução de inglês para português foi feita por dois tradutores profissionais portugueses fluentes em inglês que, independentemente um do outro, traduziram o original. Numa primeira reunião que tivemos com ambos os tradutores foram discutidas as traduções e as razões para a existência de pequenas diferenças entre elas, obtendo-se assim uma primeira versão de consenso, em português.

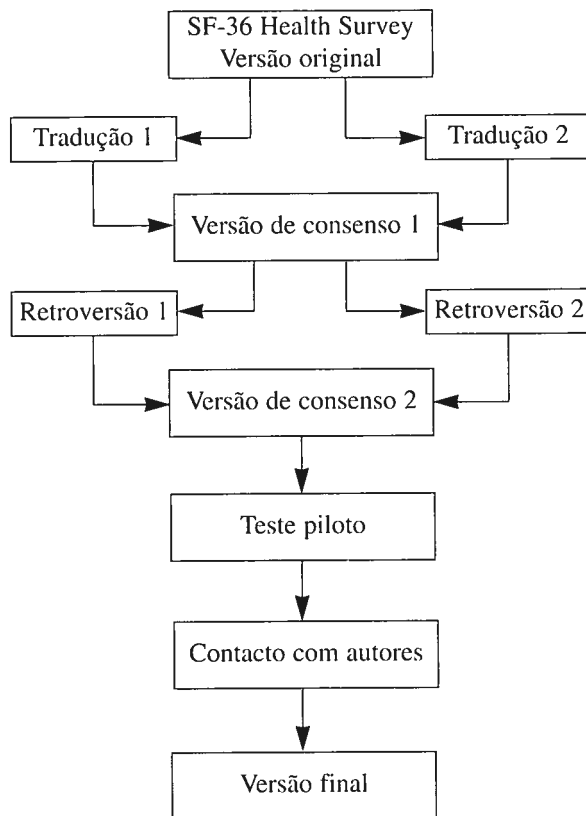


Figura 3 - Descrição do processo de adaptação

Esta primeira versão foi dada a outros dois tradutores profissionais de língua inglesa, fluentes em português, para que procedessem à sua retroversão para inglês, de igual modo, independentemente um do outro. Estas duas versões foram analisadas e fundidas dando lugar a uma segunda versão consensual, em língua inglesa.

Para se atingir uma maior validade ao nível semântico, procedeu-se ainda a um pequeno teste piloto para analisar se as questões estavam a ser colocadas da forma correcta e sem ambiguidade. Assim, o questionário foi entregue a um grupo de pessoas e, após o seu preenchimento, foi conduzida uma pequena entrevista estruturada analisando cada questão segundo os seguintes parâmetros: resposta difícil (por exemplo, devido às palavras utilizadas), questão confusa e utilidade da questão (tê-la-ia utilizado num questionário?). Os resultados deste teste piloto e a versão préfinal dele resultante foram enviados aos autores do instrumento original para serem sujeitos a comentários.

CONCLUSÃO

A motivação para realizarmos este trabalho foi o facto de não existir, em Portugal e em português, um instrumento genérico de medição de resultados em saúde suficientemente validado para poder ser utilizado não só

para caracterizar o estado de saúde de populações e o impacto de determinadas medidas a nível estrutural e político, mas também para poder ser usado como apoio à tomada de decisão de prestadores de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

1. GEIGLE R, JONES SB: Outcomes measurement: A report from the front. *Inquiry* 1990; 27: 7-13.
2. WARE JE: Measures for a new era of health assessment. In: *Measuring Functioning and Well-Being*. Durham, NC: Duke University Press, 1992, pp. 1-11.
3. LEMBCKE PA: Measuring the quality of medical care through vital statistics based on hospital service areas: I. Comparative study of appendectomy rates. *American Journal of Public Health* 1952; 42: 276-286.
4. CODMAN EA: The product of a hospital. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1914; 18: 491-496.
5. American College of Physicians. *Comprehensive functional assessment for elderly patients*. *Annals of Internal Medicine* 1988; 109: 70-72.
6. CLUFF LE: Chronic diseases, function and the quality of care. *Journal of Chronic Diseases* 1981; 34: 299-304.
7. ELLWOOD PM: Outcomes measurement: A technology of patient experience. *The New England of Medicine* 1988; 318: 1549-1556.
8. MCDERMOTT W: Absence of indicators of the influence of its physicians on a society's health: impact of physician care on society. *American Journal of Medicine* 1981; 70: 833-843.
9. SCHROEDER SA: Outcome assessment 70 years later: Are we ready? *The New England Journal of Medicine* 1987; 316: 160-162.
10. TARLOV AR: The increasing supply of physicians, the changing structure of the health services system, and the future practice of medicine. *The New England Journal of Medicine* 1983; 309: 1235-1244.
11. KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACOBSEN BA, JAFFE MW: Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association* 1963; 185: 914-919.
12. WENGER NK, MATTSON ME, FURBERG CD, ELINSON J: *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. New York: Le Jacq Publishing Company, 1984.
13. KATZ S: The Portugal conference: Measuring quality of life and functional status in clinical and epidemiological research. *Journal of Chronic Diseases* 1987; 40.
14. LOHR KN, WARE JE: Proceedings of the advances in health assessment conference, *Journal of Chronic Diseases* 1987; 40 (supl 1), 1987.
15. LOHR KN: Advances in health status assessment: overview of the conference. *Medical Care* 1989; 27: S1-S11.
16. LOHR KN: Applications of health status assessment measures in clinical practice. Overview of the third conference on Advances in Health Status Assessment. *Medical Care* 1992; 30 (Supl): MS1-MS14.
17. STAQUET M: Abstracts and programme of the Second Annual Meeting of The ISOQOL. *Quality of Life Research* 1995; 4 (5): 373-512.
18. WARE JE, SNOW KK, KOSINSKI M, GANDEK B: *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
19. HAYS RD, STEWART AL: The structure of self-reported health in chronic disease patients. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1990; 2: 22-30.
20. LIANG J: Self-reported physical health among aged adults. *Journal of Gerontology* 1986; 41: 248-260.
21. WARE JE, BROOK RH, DAVIES AR, LOHR KN: Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of Public Health* 1981; 71: 620-625.
22. BOMBARDIER C, WARE J, RUSSELL IJ, LARSON M, CHALMERS A, READ JL: Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: result of a multicenter trial. *American Journal of Medicine* 1986; 81: 565-578.
23. CROOG SH, LEVINE S, TESTA MA, BROWN B, BULPITT CJ, JENKINS D, KLERMAN GL, WILLIAMS GH: The effects of anti-hypertensive therapy on the quality of life. *The New England of Medicine* 1986; 214: 1657-1664.
24. FOWLER FJ, WENNBERG JE, TIMOTHY RP, BARRY MJ, MULLEY AG, HENLEY D: Symptom status and quality of life following prostatectomy. *Journal of the American Medical Association* 1988; 259: 3018-3022.
25. BROOK RH, WARE JE, ROGERS WH, KEELER EB, DAVIES AR, DONALD CA, GOLDBERG GA, LOHR KN, MASTHAY PC, NEWHOUSE JP: Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. *The New England of Medicine* 1983; 309: 1426-1434.
26. WARE JE, BROOK RH, ROGERS WH, KEELER EB, DAVIES AR, SHERBOURNE CD, GOLDBERG GA, CAMP P, NEWHOUSE JP: Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care. *Lancet* 1986; 1: 1017-1022.
27. BERGNER M, BOBBITT RA, CARTER WB, GILSON BS: The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 1981; 19: 787-805.
28. STEWART AL, HAYS RD, WARE JE: The MOS Short-Form General Health Survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care* 1988; 26: 724-735.
29. STEWART AL, GREENFIELD S, HAYS RD, WELLS KB, ROGERS WH, BERRY SD, MCGLYNN EA, WARE JE: Functional status and well being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association* 1989; 262: 907-913.
30. NELSON EC, BERWICK DM: The measurement of health status in clinical practice. *Medical Care* 1989; 27: S77-S90.
31. KAPLAN RM: Health outcome models for policy analysis. *Health Psychology* 1989; 8: 723-735.
32. MCDOWELL IE, NEWELL C: *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.
33. STEWART AL, WARE JE, BROOKE RH, DAVIES-AVERY A: *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Volume II: Physical Health in Terms of Functioning*. Santa Monica, Ca: The Rand Corporation, 1978.
34. WARE JE, DAVIES-AVERY A, DONALD C: *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Volume V: General health perceptions*. Santa Monica, Ca: The Rand Corporation, 1978.
35. WARE JE, JOHNSTON SA, DAVIES-AVERY A, BROOK RH: *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Volume III: Mental health*. Santa Monica, Ca: The Rand Corporation, 1979.
36. BOWLING A: *Measuring health*, Buckingham, Reino Unido: Open University Press, 1991.
37. WARE JE, SHERBOURNE CD: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-483.
38. TARLOV AR, WARE JE, GREENFIELD S, NELSON ES, PERRIN E, ZUBKOFF M: The Medical Outcomes Study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *Journal of the American Medical Association* 1989; 262: 925-930.
39. MCHORNEY CA, WARE JE, RACZEK AE: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care* 1993; 31: 247-263.
40. MCHORNEY CA, WARE JE, LU JFR, SHERBOURNE CD: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care* 1994; 32: 40-66.
41. ALONSO J, PRIETO L, ANTÓ JM: La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionário de Salud SF-36): un instrumento para la

- medida de los resultados clínicos. *Medicina Clinica* 1995; 104: 771-776.
42. WARE JE: Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases* 1987; 40: 473-480.
43. WARE JE: Measuring patient function and well-being: Some lessons from the Medical Outcomes Study. In: *Effectiveness and Outcomes in Health Care: Proceedings of an invitational conference by The Institute of Medicine, Division of Health Care Services*. Washington, DC: National Academy Press, 1990, pp. 107-119.
44. AARONSON NK, ACQUADRO C, ALONSO J, APOLONE G, BUCQUET D, BULLINGER M, BUNGAY K, FUKUHARA S, GANDEK B, KELLER SD, RAZAVI D, SANSON-FISHER R, SULLIVAN M, WOOD-DAUPHINEE S, WAGNER A, WARE JE: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research* 1992; 1: 349-351.
45. WARE JE, KOSINSKI M, KELLER SD: SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual, Boston, MA: The Health Institute, 1994.
46. WARE JE: The assessment of health status. In: *Applications of social sciences to clinical medicine and health policy*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1986, pp. 204-228.
47. Rand Corporation. Rand 36-Item Health Survey 1.0. Rand Health Sciences Program. Santa Monica, Ca: Rand, 1992.
48. WARE JE, DAVIES-AVERY A, BROOK RH: Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Volume VI: Analysis of relationships among health status measures. Santa Monica, Ca: The Rand Corporation, 1980.
49. VALDEZ RB, WARE JE, MANNING WG, BROOK RH, ROGERS WH, GOLDBERG GA, NEWHOUSE JP: Prepaid group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: Results from a controlled trial. *Pediatrics* 1989; 83: 168-180.
50. STEWART AL, KAMBERG CJ: Physical functioning measures. In *Measuring Functioning And Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*, Durham, NC: Duke University Press, 1992, pp. 86-101.
51. WARE JE, KELLER SD, GANDEK B, BRAZIER JE, SULLIVAN M, IQOLA Project team: Evaluating translations of health status questionnaires: Methods from the IQOLA Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995; 11 (3): 525-551.
52. SHUMAKER S A, BERZON R: The international assessment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement & analysis. Oxford: Rapid Communications, 1995.
53. FERREIRA PL, ROSETE ML: Cross-cultural validation of health outcomes measures: A portuguese experience. *Quality of Life Research* 1995; 4: 425.
54. TOUW-OTTEN F: Cross-cultural issues in health outcome measurement. SIMG Spring Meeting Estoril, 25-28 May 1994: 12.
55. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life Research* 1993; 2: 369-395.
56. BULLINGER M, ANDERSON R, CALLE D, AARONSON N: Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research* 1993; 2: 451-459.
57. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. *International Health Statistics: What the Number Mean for The United States — Background Paper*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1993.
58. HUNT SM, MCKENNA S: Cross-cultural comparability of quality of life measures. *British Journal of Medical Economics* 1992: 17-23.
59. BERZON R, HAYS RD, SHUMAKER SA: International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Quality of Life Research* 1993; 2: 367-368.
60. FIGUEIREDO JM, LEMKAU PV: Psychiatric interviewing across cultures: Some problems and prospects. *Social Psychiatry* 1980; 15: 117-121.
61. HUNT SM: Cross-cultural issues in the use of socio-medical indicators. *Health-Policy*, 1986; 6: 149-158.
62. HUNT SM, MCEWAN J, MCKENNA SP: *Measuring Health Status*. Dover, NH: Croom Helm, 1986.
63. KLEINMAN A et al: Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 1978; 88: 251-258.
64. KUYKEN W et al: Quality of life assessment across cultures. *International Journal of Mental Health* 1994; 23: 5-27.
65. TOUW F, MEADOWS K: Cross-cultural issues in outcome measurement. In: *Health Outcome Measures for Primary and Out-Patient Care*, Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1996, pp. 199-208.
66. FERREIRA PL: Abordagem Europeia de harmonização da medição do estado de saúde [Notícias]. *Notas Económicas* 1993; 1: 105.
67. Medical Outcomes Trust Scientific Advisory Committee. *Instrument Review Criteria*. Medical Outcomes Trust Buletin 1995; 3 (4) I-IV
68. BRISLING RW: Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1970; 1: 185-216.

Apêndice - Adaptação portuguesa do MOS SF-36 (versão 1)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:					
	Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
	1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:					
	Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
	1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?				
<i>(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)</i>				
		Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a.	Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.	1	2	3
b.	Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c.	Levantar ou pegar nas compras de mercearia . . .	1	2	3
d.	Subir vários lanços de escada	1	2	3
e.	Subir um lanço de escadas	1	2	3
f.	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g.	Andar mais de 1 Km.	1	2	3
h.	Andar vários quarteirões ou grupos de casas . . .	1	2	3
i.	Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j.	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

Copyright © 1992, New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.
 Copyright © 1994, 1996. Versão Portuguesa 1. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Todos os direitos reservados.

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a resposta for Sim e à volta do número 2 se a resposta for Não

	Sim	Não
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria?	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades . .	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades diárias (por exemplo, foi preciso esforçar-se mais).	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a resposta for Sim e à volta do número 2 se a resposta for Não

	Sim	Não
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria?	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? ...	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? ...	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5