



Revista da
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

www.ramb.org.br



Artigo original

Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português[☆]

Carla Silveira^{a,b}, Mary Angela Parpinelli^a, Rodolfo Carvalho Pacagnella^{a,c}, Rodrigo Soares de Camargo^{a,b}, Maria Laura Costa^a, Dulce Maria Zanardi^a, Elton Carlos Ferreira^a, Juliana Paula Santos^a, Lesley Hanson^d, José Guilherme Cecatti^{a,*} e Carla Betina Andreucci^{a,c}

^a Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

^b Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil

^c Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos, SP, Brasil

^d Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 13 de setembro de 2012

Aceito em 4 de novembro de 2012

On-line em 17 de maio de 2013

Palavras-chave:

Incapacidade e funcionalidade

Adaptação transcultural

Gestação

Puerpério

R E S U M O

Objetivo: A Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) foi desenhada para avaliar o nível de funcionalidade em seis domínios de vida (cognição, mobilidade, autocuidado, convivência social, atividades de vida e participação na sociedade). Possui diferentes versões, desde as mais simplificadas até as mais completas, apresentações variadas (entrevistas ou autoadministrado) e abrange os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). O objetivo do estudo foi realizar a adaptação transcultural da versão completa para a língua portuguesa.

Métodos: O processo foi desenvolvido em seis etapas: tradução, retrotradução, equivalência semântica, avaliação de especialistas das etapas anteriores, pré-teste do instrumento e versão final.

Resultados: Após o pré-teste, realizou-se adequação para o português mais coloquial, substituindo termos para aproximar a linguagem às expressões do dia a dia. As versões mostraram-se semelhantes em relação ao significado geral e referencial.

Conclusão: O instrumento WHODAS 2.0 mostrou-se de fácil aplicação e compreensão com mulheres no ciclo grávido-puerperal.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

[☆] Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

* Autor para correspondência. Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, Av. Alexander Fleming, 101, Campinas, SP, 13083-881, Brasil.

E-mail: cecatti@unicamp.br (J.G. Cecatti).

0104-4230/\$ – see front matter © 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>

Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese

A B S T R A C T

Keywords:

Disability and functioning
Cross-cultural adaptation
Pregnancy
Postpartum period

Objective: The World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) was designed to assess the functioning level in six life domains (cognition, mobility, self-care, getting along, life activities, and participation in community activities). There are different versions, from the simplest to the most complete, various presentations (either interviews or self-administered), comprehending the domains of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This study aimed to make a cross-cultural adaptation of the complete version into Portuguese.

Methods: The proceeding was developed over six stages: translation, back-translation, semantic equivalence, evaluation of previous stages by experts, tool pretest, and final version.

Results: After the pretest, an adjustment to a more colloquial Portuguese was made. The versions were shown to be similar regarding general and referential meaning.

Conclusion: WHODAS 2.0 was shown to be easily applied and understood by women in the pregnancy-postpartum cycle.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Compreender a funcionalidade e a incapacidade humanas é essencial para avaliar as funções do indivíduo em diferentes áreas da vida¹. O termo *funcionalidade* refere-se a todas as funções corporais, atividades e participação, enquanto incapacidade é um termo abrangente para “deficiências, limitação de atividades ou restrições à participação”². A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) constitui a base conceitual para a definição e a mensuração destas condições²⁻⁵. Ela pertence ao mesmo conjunto das classificações internacionais da OMS, onde os estados de saúde (doenças, distúrbios, lesões etc.) são classificados na CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde)²⁻⁵.

Os componentes da CIF interligam-se e compõem um modelo multidimensional, multidirecional e dinâmico, envolvendo múltiplas dimensões no processo de saúde e funcionalidade/incapacidade, além do papel do ambiente físico, social e de atitudes^{2,6}. Uma incapacidade resultante de alteração da saúde é muito frequente entre os indivíduos e, portanto, é necessário que os profissionais de saúde saibam se uma pessoa pode trabalhar e realizar as atividades rotineiras para cumprir seus papéis sociais^{2,7-9}.

Nas últimas décadas, a evolução tecnológica nos cuidados em saúde contribuiu para a redução nas taxas de mortalidade de indivíduos em unidades de terapia intensiva e permitiu sua sobrevivência mesmo após graves eventos mórbitos e traumáticos^{6,9}. O seguimento destes sobreviventes mostra que a longo prazo muitos sofrem consequências físicas e psicológicas que afetam sua qualidade de vida^{10,11}. Avaliar o estado funcional dos indivíduos e suas limitações contribui para a identificação de condições consequentes a doenças ou traumas, ajudando no estabelecimento de intervenções, avaliação de sua eficácia e definição de prioridades para a alocação de recursos.

Mesmo sendo abrangente, a CIF não é um instrumento de avaliação e mensuração de incapacidades nas atividades diárias⁹. Instrumentos genéricos utilizados para avaliar o estado de saúde também não são capazes de distinguir claramente entre sintomas e incapacidades com uma avaliação subjetiva. Exemplos deste tipo de instrumento são o LHS (*London Handicap Scale*), o SF-36 (*Medical Outcomes Study-36-Item Short-Form Health Survey*), NHP (*The Nottingham Health Profile*), FIM (*Functional Independence Measure*), e BAI (*Barthel's Index of Activities of Daily Living*). Por isso alguns autores apontam a necessidade de um instrumento para medir incapacidade e saúde que esteja ligado conceitual e operacionalmente à CIF, a fim de permitir comparações entre diferentes culturas e populações^{1,9}.

Para atender a essa necessidade, a OMS desenvolveu a Escala de Avaliação de Incapacidade (WHODAS), um instrumento inicialmente construído para avaliar a funcionalidade, principalmente em pacientes psiquiátricos e internados¹². A segunda versão, denominada WHODAS 2.0, é bastante diferente da original, e foi desenvolvida especificamente para refletir a CIF^{1,9}. Os especialistas que elaboraram o instrumento partiram de um amplo estudo multicêntrico, envolvendo 19 países em todo o mundo. Esse instrumento atualmente encontra-se disponível em mais de 27 idiomas^{1,9}.

Inicialmente, no instrumento original, foram selecionados e incluídos 96 itens que levavam em conta como o estado de saúde é avaliado em diferentes culturas, através de um processo que envolveu a análise dos termos usados em saúde, entrevistas com informantes e discussões de grupo. A partir dos dados dos ensaios de campo, o instrumento passou então a ter 34 itens, e foram incluídos mais dois, um relacionado a atividade sexual e outro ao impacto da condição de saúde sobre a família¹.

O questionário WHODAS 2.0 avalia o nível de funcionalidade em seis domínios de vida (cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade), fornecendo um perfil e uma

medida resumo de funcionalidade e incapacidade que são confiáveis e aplicáveis em diferentes culturas e em todas as populações adultas^{1,9}. Possui diferentes formatos, variando de mais simplificados a completos, com 36, 12 ou 12 + 24 questões, podendo ser aplicado por entrevista, respondido por um cuidador/familiar ou autoadministrado. Além de abranger plenamente os domínios da CIF, aplica-se a todas as doenças, incluindo as dimensões física, mental e os transtornos secundários ao uso de substâncias^{1,9}.

Domínios do WHODAS 2.0 e sua relação direta com a CIF

O WHODAS 2.0 foi desenvolvido para refletir a CIF, pois em cada domínio há uma relação direta com os itens desta classificação. Cada domínio do WHODAS e o exemplo de uma questão por domínio estão a seguir:

- **Domínio 1, Cognição:** Avalia atividades de comunicação e de pensamento; áreas específicas avaliadas incluem concentração, memória, resolução de problemas, aprendizado e comunicação. Neste domínio o item 1.1 refere-se a “concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos”. Na CIF os itens “d160 Concentrar atenção”; “b140 Funções da atenção” e “d110-d129 Experiências sensoriais intencionais” são os seus correspondentes.
- **Domínio 2, Mobilidade:** Avalia atividades como ficar em pé, mover-se dentro de casa, ficar fora de casa e caminhar uma longa distância. O item 2.5 “andar por longas distâncias como por um quilômetro ou equivalente” corresponde ao item “d4501 Andar distâncias longas” na CIF.
- **Domínio 3, Autocuidado:** Avalia auto-higiene, vestir-se, comer e ficar sozinho. “Ficar sozinho(a) por alguns dias” é o item 3.4 que corresponde aos itens “d510-d650 Combinação de múltiplos autocuidados e tarefas da vida doméstica” da CIF.
- **Domínio 4, Relacionamento:** Avalia as interações com outras pessoas e as dificuldades encontradas devidas a uma condição de saúde. Neste domínio, “outras pessoas” incluem pessoas conhecidas, íntimas (por exemplo, cônjuge ou companheiro, familiares ou amigos próximos) e os não conhecidos (estranhos). Na CIF o item “d730 Relacionamento com estranhos” corresponde ao item 4.1: Lidar com pessoas que você não conhece.
- **Domínio 5, Atividades de Vida:** Avalia dificuldades com as atividades do dia a dia, isto é, aquelas que as pessoas fazem na maioria dos dias, incluindo as associadas com as responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola. O item 5.8 “Capacidade de concluir o seu trabalho tão rápido quanto necessário” tem correspondência com os itens da CIF “d850 Trabalho remunerado; d830 Educação de nível superior; d825 Formação profissional; d820 Educação escolar; d210 Realizar uma única tarefa; d220 Realizar tarefas múltiplas”.
- **Domínio 6, Participação:** Avalia as dimensões sociais, tais como as atividades comunitárias, barreiras e obstáculos no mundo em torno do indivíduo, e problemas com outras questões, tais como manutenção da dignidade pessoal. As questões não necessariamente referem-se apenas à CIF e seus componentes de participação, mas também incluem diversos contextos (pessoal e ambiental) e fatores afetados

pelo estado de saúde do entrevistado. A questão 6.4 “Quanto tempo você gastou com seu problema de saúde, ou suas consequências?” não apresenta correspondência com a CIF, pois é uma questão que avalia o impacto sofrido com o problema de saúde.

Todavia o WHODAS 2.0 não foi ainda traduzido e não está culturalmente adaptado para o português e para a população do Brasil. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural da versão completa do WHODAS 2.0 para a língua portuguesa.

Método

Inicialmente foi solicitada autorização ao coordenador geral do projeto WHODAS 2.0 (OMS) para seu uso e adaptação transcultural do instrumento. Para os instrumentos desenvolvidos pela OMS, esta recomenda um protocolo de tradução e retrotradução¹³ que foi utilizado durante a preparação deste estudo. O objetivo do protocolo é possibilitar a tradução para idiomas diferentes do inglês, de maneira que as versões traduzidas mantenham a equivalência conceitual em cada um dos países e culturas. O instrumento deve ser natural, aceitável e aplicável praticamente da mesma forma que no idioma original. O foco está mais na adaptação transcultural e conceitual, em detrimento da linguística e/ou equivalência literal.

A equivalência semântica da versão em português foi desenvolvida a partir do modelo proposto pela OMS¹³ e por outros autores¹⁴⁻¹⁷. A adaptação transcultural da versão completa (36 questões) do WHODAS 2.0 seguiu as etapas apresentadas a seguir (fig. 1).

Etapa 1. Tradução

A partir do instrumento original em inglês, um grupo de profissionais de saúde produziu individualmente a primeira

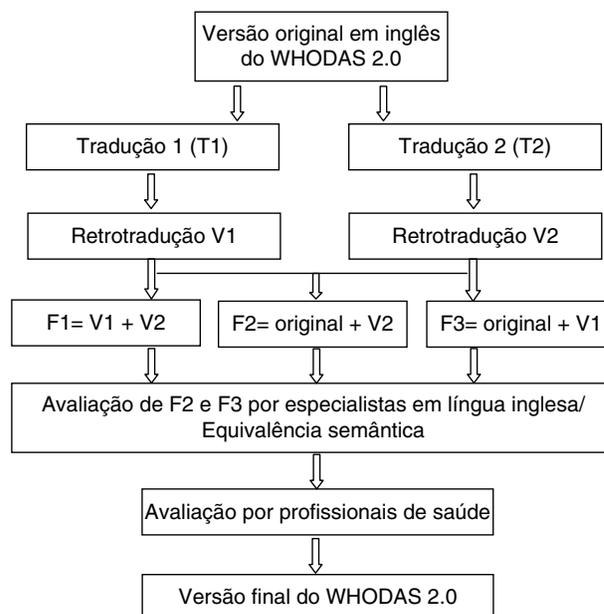


Figura 1 – Resumo esquemático do método empregado para a adaptação transcultural.

tradução para o português, denominada (T1). Ao mesmo tempo foi realizada uma segunda tradução para o português por um professor de inglês (T2).

Etapa 2. Retrotradução

As traduções T1 e T2 foram retrotraduzidas para o inglês de forma independente por dois outros profissionais especializados em tradução para a língua inglesa, produzindo respectivamente as versões V1 e V2.

Etapa 3. Equivalência semântica

Foram elaborados três formulários contendo todos os enunciados e as questões do instrumento, lado a lado, para a etapa de avaliação semântica. O formulário F1 continha as duas versões V1 e V2, construído com objetivo de mascaramento. O formulário F2 continha a V2 e a versão original do instrumento e o formulário F3 continha a V1 e a versão original em inglês.

Os três formulários foram analisados por um especialista no idioma inglês, diferente dos envolvidos nas etapas anteriores e que não conhecia o questionário original. Esse profissional levou em consideração se as sentenças haviam sido reescritas com as mesmas palavras ou se o seu sentido original havia sido preservado (equivalência semântica). Considerou também a equivalência do significado referencial (termos e palavras constituintes) como a representação de ideias ou objetos do mundo aos quais uma palavra ou um conjunto de palavras se referem. Para a avaliação do significado referencial, a equivalência entre pares de assertivas foi avaliada segundo uma escala analógico-visual contínua entre 0 e 100%. Quanto maior a correspondência literal entre os termos na versão e no original, maior a equivalência do significado referencial.

Todavia, ainda que haja correspondência literal, pode não haver mesma significação subjetiva em culturas diferentes. Esta correspondência leva em consideração seu impacto no contexto cultural da população-alvo e ultrapassa a correspondência semântica e literal dos termos¹⁸. Para tanto foi realizada uma avaliação do significado geral de cada pergunta, instrução ou opção de resposta, na qual se utilizou uma escala de avaliação qualitativa em quatro níveis: inalterado (IN), pouco alterado (PA), muito alterado (MA) ou completamente alterado (CA).

Etapa 4. Avaliação dos especialistas

Três profissionais de saúde analisaram conjunta e criticamente as três etapas e, a partir da identificação das discordâncias entre as retrotraduções, elaboraram uma versão sintética, escolhendo e incorporando itens de cada uma. Os itens inalterados foram preferencialmente escolhidos para a versão sintética e os demais itens sempre do pouco alterado (PA) para o completamente alterado (CA). O objetivo foi escolher a melhor forma de se expressar o mesmo conceito de cada sentença, simultaneamente nas duas línguas. Buscaram também eliminar as ambiguidades e redundâncias, além de avaliar a equivalência semântica. Nesta etapa avaliaram-se ainda a equivalência conceitual (a manutenção da validade na versão final do mesmo conceito explorado na versão

original), a equivalência idiomática (expressões próprias do idioma e coloquiais), equivalência cultural ou experimental (se as situações evocadas na cultura de origem do instrumento têm a mesma referência na cultura de destino) e a equivalência de pontuação (a forma de pontuação) da versão final em comparação com a versão original.

Etapa 5. Pré-teste do instrumento

Foi realizado com a finalidade de testar a clareza das perguntas e facilidade de resposta, em um número de indivíduos apenas suficiente para saturar os problemas detectados. Para esta etapa foram então entrevistadas 14 pessoas com idades entre 16 e 39 anos, as quais foram convidadas e concordaram em participar desse momento do estudo, após esclarecimento do teor do instrumento e seu objetivo. Os entrevistadores registraram o tempo de cada entrevista, e a impressão dos entrevistados em relação à clareza das questões e à facilidade em responder.

Etapa 6. Versão final do WHODAS 2.0

Os especialistas, após o pré-teste e seus resultados, elaboraram a versão final do instrumento.

Esta adaptação faz parte do estudo COMMAG – Coorte de Morbidade Materna Grave –, que foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Resultados

De maneira geral as versões mostraram-se semelhantes em relação ao significado geral e referencial. Contudo, as divergências encontradas foram sanadas optando-se por um ou outro termo segundo a pontuação. Como resultado, a versão final adaptada ao português do instrumento WHODAS 2.0 foi elaborada e encontra-se disponível por solicitação. Ela segue o mesmo formato da versão original da OMS, em onze páginas, motivo pelo qual não pode ser incluída como anexo.

Na seção 1, *Folha de Rosto*, o item F5 “Condição em que vive no momento da entrevista” recebeu pontuação (MA) em F2 e F3 e optou-se pela palavra *condição* em substituição à palavra *situação*. Na seção 2, *Informações Gerais e Demográficas*, uma das respostas do item A4 – Qual é o seu estado civil atual? – recebeu pontuação (CA) em F2, pois constava como “*Concubine*” e o original era “*Cohabiting*”. Em F3 estava “*Live with partner*” e no significado geral da etapa 3 recebeu (IN), ficando na versão sintética “*Mora junto*”.

Outras situações exigiram pequenas modificações na etapa 5, de forma a melhor contemplar tanto a equivalência no significado referencial quanto geral, quando nenhuma das versões obteve boa avaliação semântica. Na seção 2, item A5 – “*Which describes your main work status best?*” (*Select the single best option*) – recebeu pontuação (MA) em F2 e F3 e a equipe decidiu por “Qual opção descreve melhor sua principal atividade de trabalho?” (Escolha a melhor opção). Em relação às opções de resposta a esta questão, a que diz “*Self employed, such as own your business or farming*” recebeu pontuação (MA) em F2 e F3 e a equipe optou por “Autônomo, por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra”.

Na seção 3, *Introdução*, a afirmativa “*The interview is about difficulties people have because of health conditions*”, embora avaliada como inalterada (IN), foi modificada pela equipe para “A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de problemas de saúde”, considerando-se a equivalência idiomática. A mesma situação, nesta seção, aconteceu com a frase “*By health condition I mean diseases or illnesses, other health problems that may be short or long lasting, injuries, mental or emotional problems and problems with alcohol or drugs*”, que ficou da seguinte maneira: “Por problemas de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, outros problemas de saúde, que podem ser de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool e/ou drogas”. Neste item a equipe mesclou o enunciado de F2 (PA) e F3 (IN).

Na seção 4, *Domínio 3, Autocuidado*, no enunciado “*I am now going to ask you about difficulties in taking care of yourself*”, a avaliação foi (IN), mas a equipe mesclou as afirmativas, ficando “Agora eu vou perguntar sobre as dificuldades no autocuidado (em cuidar de você mesmo(a))”. No domínio 4, *Relacionamento com as pessoas*, o item D.4.5 “*Sexual activities*” foi avaliado com (IN) nos dois formulários, mas a equipe preferiu incluir o verbo “*Ter*” na frase: “*Ter atividades sexuais?*”

No domínio 5, *Atividades da vida*, o enunciado “*Because of your health condition, in the last 30 days, how much difficulty did you have in*” foi avaliado como (IN) em F2 e F3, sendo a palavra: *condição* substituída por *problema*, ficando “Por causa de seu problema de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve ao...”. De maneira geral, em todo o instrumento a palavra “*condição*” foi substituída por “*problema*”, quando relacionada à situação de saúde, pois a equipe entendeu ser a palavra “*problema*” mais usual na língua portuguesa nesta situação.

No domínio 6, *Participação*, o item D.6.2 “*How much of a problem did you have because of barriers or hindrances in the world around you?*” recebeu pontuação (PA) nos dois formulários e a equipe optou pela questão “Quanto problema você teve por causa de barreiras ou obstáculos do mundo à sua volta?”

No pré-teste do instrumento, das 14 entrevistadas, apenas uma não respondeu a pergunta em relação à clareza do instrumento. Onze pessoas referiram ser muito fácil ou fácil responder o questionário, e apenas duas disseram ser difícil. O tempo das entrevistas ficou entre 12 e 16 minutos. Após o pré-teste, a equipe de avaliadores reuniu-se com o objetivo de adequar a versão em português, tornando-a mais coloquial, substituindo termos de maneira a aproximar a linguagem às expressões mais utilizadas no dia a dia, segundo as sugestões dos entrevistados e a percepção dos entrevistadores. Preposições e pronomes foram acrescentados, sempre respeitando a equivalência de significado geral dos termos do instrumento, e a versão final manteve a formatação original do instrumento (a versão final do questionário está disponível sob consulta).

Discussão

A tradução e adaptação transcultural de instrumentos que avaliam o estado de saúde das populações possibilitam o conhecimento do comportamento de saúde em várias culturas e contribuem para as políticas de saúde pública mundial.

Há vantagens e desvantagens nessa adaptação. Uma das vantagens é que se parte de um instrumento já construído e validado em outros países para adaptá-lo à realidade local. Uma desvantagem é o viés que a adaptação pode sofrer se não forem seguidos os procedimentos padronizados.

Esta preocupação com a validade da informação e a possível perda das características originais do instrumento fez com que vários pesquisadores oferecessem instruções padronizadas a fim de minimizar as perdas advindas da mudança do idioma. Um instrumento, para ser considerado válido, deve ser capaz de captar adequadamente o evento no contexto linguístico em que foi concebido, o que se torna mais difícil quando um instrumento necessita ser usado em uma língua estrangeira¹⁹.

Outros pesquisadores já consideram se de fato as mesmas perguntas devem ser feitas a todas as populações, ou se as considerações culturais podem exigir questionários um pouco diferentes, em vários casos de questões específicas às crenças religiosas, de saúde, sexuais e outras^{14,20}.

No presente artigo descrevemos o método empregado no processo de adaptação transcultural do WHODAS 2.0, apresentando as distintas etapas, desde a simples tradução até o processo minucioso que abrangeu as diferentes nuances na adaptação cultural. Em cada etapa do processo garantimos a veracidade e a qualidade da informação do instrumento. Nas etapas 3 (equivalência semântica) e 4 (avaliação dos especialistas) deste estudo, foi fundamental a experiência clínica com entrevistas para que julgássemos e adaptássemos os termos do instrumento.

Escolhemos o WHODAS 2.0 por este avaliar as limitações na atividade e restrições na participação experimentada por um indivíduo, independentemente do diagnóstico médico, por ter sólidos fundamentos teóricos, excelentes propriedades psicométricas, aplicações diversas em diferentes grupos e configurações, e facilidade de uso. Os estudos realizados com o WHODAS nos 19 países abrangeram população saudável e pessoas com problemas físicos, mentais ou emocionais, além de dependentes de álcool e usuários de drogas, tanto do sexo masculino como feminino, em diferentes faixas etárias. Em comparação a outros instrumentos que avaliam a funcionalidade e incapacidade, o WHODAS 2.0 é o único em que os itens incluídos foram selecionados apenas após explorar a natureza e a prática do estado de saúde em diferentes culturas, bem como apresentar ampla análise linguística da terminologia em saúde²¹.

Sabe-se que existe uma forte relação entre o instrumento de Qualidade de Vida (WHOQOL) e o WHODAS 2.0. Embora essas construções sejam realmente interligadas, o WHODAS 2.0 avalia medidas de funcionalidade (ou seja, um objetivo de desempenho em um domínio de vida dada), enquanto o WHOQOL avalia medidas subjetivas de bem-estar (ou seja, um sentimento de satisfação com o próprio desempenho em um domínio de vida dado). Idealmente, os mesmos domínios de vida devem ser usados em ambos os instrumentos⁹. Assim o WHODAS 2.0 pergunta o que uma pessoa “faz” em um determinado domínio, enquanto o WHOQOL pede o que a pessoa “sente” nesse domínio.

O WHODAS apresenta, em seus escores, significativa relação com instrumentos projetados para medir a incapacidade, como o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form*

Health Survey (SF-36), que também é genérico, com 36 itens e permite comparações entre diferentes condições e entre diferentes tratamentos. O SF-36 engloba oito domínios que avaliam capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, e é menos sensível para avaliar a funcionalidade no dia a dia. O WHODAS avalia, comparativamente, em cada questão, a funcionalidade no último mês e o SF-36 compara a situação de saúde atual e a de um ano atrás. Ambos transformam as respostas em escores numa escala de 0 a 100.

Há algumas limitações atribuídas ao WHODAS, uma vez que foi construído a partir dos domínios de atividades e participação da CIF, não englobando os de deficiências físicas e os fatores ambientais. Além disso, ele é aplicado apenas em populações adultas, não se aplica ainda para crianças e jovens. Em 2007 foi publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Crianças e Jovens (CIF-CY) e iniciaram-se estudos para a versão do WHODAS específica para esta população^{1,22}.

Várias especialidades médicas utilizaram o WHODAS, como a reumatologia, psiquiatria, fisioterapia e otorrinolaringologia. Acreditamos que o WHODAS 2.0 possa ser um instrumento na avaliação da funcionalidade/incapacidade na população brasileira e em especial na especialidade de obstetrícia. Na atenção à saúde da mulher, o estado funcional após o parto e principalmente após a morbidade materna grave e *near miss* (mulheres que experimentaram um evento de quase morte e sobreviveram) é pouco conhecido. As modificações gravídicas alteram a qualidade de vida e a funcionalidade das mulheres em todo o período gravídico puerperal. A redução do funcionamento físico no terceiro trimestre e alguns desfechos clínicos desfavoráveis são significativamente registrados²³.

Mulheres que desenvolvem complicações obstétricas têm maior risco de morte e de problemas mentais do que as saudáveis e de baixo risco²⁴. Um estudo qualitativo e exploratório, baseado nas narrativas das mulheres sobreviventes às complicações graves durante a gravidez, mostrou a relação entre o estado crítico de saúde, a morte iminente, o medo, a frustração e outras sensações referidas por elas²⁵. Consideramos que na gravidez, no parto e puerpério, e nas situações de morbidade materna grave – *near miss*, o instrumento poderá demonstrar o impacto na capacidade funcional das mulheres que vivenciaram esses eventos. Conhecendo esse impacto poderemos, como profissionais de saúde, melhorar a atenção em saúde materna. Essa é uma proposição desafiadora que pretendemos desenvolver em futuro próximo, possibilitando uma real validação do instrumento em situações reais.

Fonte de financiamento

Este artigo é derivado do estudo COMMAG (Coorte Retrospectiva de Morbidade Materna Grave) financiada pelo CNPq (Processo 471142/2011-5).

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al., WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ.* 2010;88:815-23.
2. Di Nubila HB. Uma introdução à CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35:122-3.
3. Battistella LR, Brito CM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiatrica.* 2002;9:98-101.
4. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8:187-93.
5. World Health Organization, International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneve: WHO; 2001. [citado 4 jan 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
6. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:475-83.
7. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007;23:2507-10.
8. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. O desenvolvimento da pesquisa em funcionalidade humana e reabilitação a partir de uma perspectiva abrangente. *Acta Fisiatrica.* 2008;15:63-9.
9. World Health Organization. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneve: WHO; 2010. [citado 4 jan 2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547598_eng.pdf
10. Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of post-traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2007;33:1506-18.
11. Soberg HL, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A. Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. *J Trauma.* 2007;62:461-70.
12. Garin O, Ayuso-Mateos JL, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, et al., MHADIE consortium. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:51.
13. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. [citado 8 ago 2011]. Disponível em: www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25:3186-91.
15. Gray DB, Hendershot GE. The ICIDH-2: Developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81 Suppl 2:S10-4.
16. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7:323-35.
17. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública.* 2007;41:665-73.
18. Jorge MR. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 1998;25:233-9.
19. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica do instrumento Abuse Assessment Screening. *Rev Saúde Pública.* 2000;34:610-6.

20. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1417-32.
21. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*. 2003;25:565-71.
22. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para crianças e jovens. Genebra: WHO; 2007. Tradução ao português. [citado 14 out 2012]. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/cbcd/CIF/manual.pdf>
23. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: a literature review. *Clin Effect Nurs*. 2004;8:143-55.
24. Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, Marshall T, Storeng KT, Sombié I, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet*. 2007;370:1329-37.
25. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJ. An emerging "maternal near-miss syndrome": narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*. 2009;36:149-58.