

Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)*

Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure

Rozana Mesquita Ciconelli¹, Marcos Bosi Ferraz²,
Wilton Santos³, Ivone Meinão⁴ e Marina Rodrigues Quaresma³

RESUMO

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a tradução, adaptação cultural e propriedades de medida (reprodutibilidade e validade) do SF-36 em pacientes com artrite reumatóide. **Métodos:** O questionário foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita. O SF-36 foi administrado por meio de entrevista a 50 pacientes (7 homens) com AR. Para avaliação da reprodutibilidade, os pacientes foram entrevistados duas vezes, na primeira avaliação (entrevistadores 1 e 2) e novamente dentro de um período de 15 dias (entrevistador 1). O paciente também foi submetido a avaliação clínica e laboratorial. Também foram administrados os seguintes questionários: *Nottingham Health Profile* (NHP), *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (AIMS2) e *HAQ*. Análise descritiva foi utilizada na caracterização dos pacientes. O coeficiente de correlação de Pearson foi usado para avaliação da reprodutibilidade e validade. **Resultados:** Somente duas questões foram modificadas na fase de tradução e adaptação cultural. A média de idade e a de duração de doença foram de 49,2 ($\pm 13,28$) e 8,54 ($\pm 6,55$) anos, respectivamente. As dimensões que apresentaram as menores médias foram capacidade funcio-

nal (59,50), limitação por aspectos físicos (63,96) e dor (66,50). A reprodutibilidade intra e interobservadores foi estatisticamente significativa ($0,4426 < r < 0,8468$ e $0,5542 < r < 0,8101$), respectivamente. Para dimensões semelhantes, as correlações entre SF-36 e HAQ, NHP e AIMS2 foram estatisticamente significantes ($p < 0,01$). **Conclusões:** A versão para a língua portuguesa do SF-36 é um parâmetro reprodutível e válido para ser utilizado na avaliação da qualidade de vida de pacientes brasileiros portadores de AR.

Palavras-chaves: qualidade de vida, SF-36, artrite reumatóide, adaptação transcultural

ABSTRACT

Objectives: The aims of this study were to translate into Brazilian-Portuguese, to cross-culturally adapt, and to evaluate the reliability and validity of the SF-36 in patients with rheumatoid arthritis (RA). **Methods:** The questionnaire was translated into Portuguese, translated back into English, and cross-culturally adapted to the Brazilian environment according internationally recommended methods. The SF-36 was administered by interview to 50 patients (7 male) with RA. To evaluate reliability, patients were interviewed twice at baseline (interviewers 1 and 2) and within a period of 15 days (interviewer 1). Several clinical and laboratory outcome measures were simultaneously assessed. The Nottingham Health Profile (NHP), Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2), and HAQ were also administered. Descriptive statistics was used to characterize the patients. Pearson's correlation coefficient was used to evaluate reliability and validity. **Results:** Only 2 questions were modified in the cross-cultural adaptation phase. Mean (SD) age and disease duration of the patients were 49.2 (13.28) and 8.54 (6.55) years, respectively. Dimensions with the lowest mean scores reported in patients with RA were limitations due to physical abilities (59.50), physical functioning (63.96), and pain (66.50). The intra and inter observer reliability were statistically significant ($0.4426 < r < 0.8468$ and

* Trabalho realizado na Divisão de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina. Este trabalho teve o apoio dos Fundos Remanescentes da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Recebido em 12/1/99. Aprovado, após revisão, em 15/5/99.

1. Médica Assistente Doutora da Disciplina de Reumatologia da Unifesp.
2. Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Reumatologia da Unifesp.
3. Doutor em Reumatologia pela Unifesp.
4. Mestre em Reumatologia pela Unifesp.

Endereço para correspondência:
Rozana Mesquita Ciconelli
Disciplina de Reumatologia – Unifesp
Rua Botucatu, 740
04023-062 – São Paulo, SP

0.5542 < r < 0.8101), respectively. For similar dimension scales, the correlation between SF-36 and HAQ, NHP, and AIMS2 were statistically significant (p < 0.01). **Conclusions:** The Brazilian-Portuguese version of the SF-36 is a reliable and valid quality of life measure for use in RA, supporting its use as an adjunct outcome measure for clinical trials in RA.

Key words: quality of life, SF-36, rheumatoid arthritis, cross-cultural adaptation

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, o conceito de qualidade de vida era delegado a filósofos e poetas; no entanto, atualmente existe crescente interesse de médicos e pesquisadores em transformá-lo numa medida quantitativa que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos e que os resultados obtidos possam ser comparados entre diversas populações e até mesmo entre diferentes patologias⁽¹⁻³⁾.

A avaliação de qualidade de vida é feita basicamente pela administração de instrumentos ou questionários que, em sua grande maioria, foram formulados na língua inglesa, direcionados para utilização na população que fala esse idioma. Portanto, para que possa ser utilizado em outro idioma devem seguir-se normas preestabelecidas na literatura para sua tradução e, posteriormente, suas propriedades de medida devem ser demonstradas num contexto cultural específico⁽⁴⁻⁷⁾.

O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, porém não tão extenso como os anteriores. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde⁽⁸⁻¹¹⁾.

A escolha desse instrumento fundamentou-se na necessidade de termos traduzido para a língua portuguesa um questionário de avaliação genérica de saúde, bem desenhado, cujas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações, já tivessem sido demonstradas em outros trabalhos.

Por ser a artrite reumatóide uma doença crônica e incapacitante, grande ênfase tem sido dada ao estudo da qualidade de vida desses pacientes no decorrer de sua doença⁽¹²⁾. O uso de questionários genéricos para avaliação da qualidade de vida tem sua importância, também por permitir a comparação de patologias entre si^(13,14).

Este trabalho tem por objetivo realizar a versão do SF-36 para a língua portuguesa e verificar suas propriedades de medida para que o mesmo possa ser utilizado como um instru-

mento de avaliação de qualidade de vida em pacientes brasileiros portadores de artrite reumatóide.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados pacientes portadores de artrite reumatóide, baseados nos critérios de classificação da ACR (*American College of Rheumatology*), com doença estável do ponto de vista clínico, que não fossem submetidos a alteração de medicação ou qualquer outro procedimento, em período inferior a 15 dias, para que a avaliação da reprodutibilidade pudesse ser realizada⁽¹⁵⁾. Foram excluídos pacientes com outras doenças reumáticas associadas.

Foi desenvolvido um protocolo para tradução e validação do SF-36 de acordo com algumas etapas propostas pelos coordenadores do IQOLA (*International Quality of Life Assessment Project*) e também em trabalhos da literatura que abordam a metodologia de tradução de questionários para outros idiomas⁽⁹⁾.

Tradução para a língua portuguesa

A. Tradução inicial: Os itens da versão em inglês do SF-36 foram inicialmente traduzidos para a língua portuguesa por dois professores de inglês independentes, brasileiros, cientes do objetivo desta pesquisa. Foi enfatizada, principalmente, a tradução conceitual e não a estritamente literária. As duas traduções foram comparadas pelos tradutores e o coordenador do estudo e, em caso de divergências, foram feitas modificações até obter um consenso quanto à tradução inicial (versão nº 1 em português).

B. Avaliação da tradução inicial: A tradução inicial foi vertida para o inglês por dois professores de inglês, americanos, que não participaram da etapa anterior. Posteriormente, foi feita a comparação dessas duas versões com o instrumento original em inglês e as discrepâncias existentes foram documentadas e analisadas por um comitê. Quando necessário, as sentenças em português foram reescritas até obtenção de um consenso, gerando-se a versão nº 2 em português.

C. Avaliação da equivalência cultural (pré-teste): O questionário foi aplicado a um grupo de 20 pacientes com artrite reumatóide selecionados aleatoriamente do Ambulatório de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina-Unifesp. A cada uma das 36 questões da versão nº 2 em português foi acrescentada a opção “não aplicável”, com a finalidade de identificar questões que não fossem compreendidas ou não executadas regularmente por nossa população, sendo assim consideradas culturalmente inapropriadas.

As questões que apresentaram índice maior do que 15% de resposta “não aplicável” foram selecionadas. Após seleção das mesmas, um grupo composto por dois reumatologistas, um clínico e um fisioterapeuta reuniu-se para avaliar esses itens e

substituí-los por outros de mesmo conceito, para que não fossem alteradas de modo significativo a estrutura e propriedades de avaliação dessas questões. Depois de modificada, esta versão (versão nº 3 em português) foi novamente aplicada a outro grupo de 20 pacientes com artrite reumatóide, sendo sua equivalência cultural testada novamente, até que nenhum item fosse considerado “não aplicável” por mais de 15% dos pacientes.

Avaliação das propriedades de medida da versão do SF-36 para a língua portuguesa

A reprodutibilidade da versão do SF-36 para a língua portuguesa (versão nº 3) foi avaliada através de três entrevistas. Um grupo de 50 pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide, sendo 43 do sexo feminino e 7 do masculino, com média de idade de 49 anos (26 a 81 anos), selecionados do Ambulatório de Reumatologia, foi avaliado por dois entrevistadores. Duas avaliações foram realizadas independentemente pelos observadores nº 1 e nº 2 no mesmo dia. Num período máximo de 14 dias após a primeira avaliação, uma segunda avaliação foi feita pelo entrevistador nº 1. Todas as entrevistas foram realizadas no mesmo período do dia.

A validade do SF-36 foi avaliada através da verificação da relação de seu escore com outros parâmetros clínicos comumente utilizados na avaliação de pacientes com artrite reumatóide, tais como: rigidez matinal (em minutos), avaliação da dor por escala numérica (0 = sem dor e 10 = dor extrema), classe funcional (de acordo com os critérios da ACR)⁽¹⁶⁾, avaliação global da atividade de doença pelo médico e pelo paciente, por escala numérica (0 = sem atividade e 10 = atividade extrema), contagem de articulações dolorosas e inflamadas⁽¹⁷⁾. Os parâmetros laboratoriais utilizados foram análise da velocidade de hemossedimentação (VHS) e pesquisa do fator reumatóide pelo teste de aglutinação do látex, sendo considerados positivos valores maiores ou iguais a 1/80. Esses parâmetros foram todos avaliados durante a visita inicial do paciente.

Além dos parâmetros clínicos, o SF-36 também foi comparado com os questionários de avaliação de qualidade de vida NHP (*Nottingham Health Profile*)⁽¹⁸⁾, HAQ (*Health Assessment Questionnaire*)^(19,20) e AIMS-2 (*Arthritis Impact Measurement Scale-2*)⁽²¹⁻²³⁾.

A análise estatística descritiva foi utilizada na caracterização demográfica e clínico-laboratorial dos pacientes avaliados nas diferentes etapas deste estudo. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para avaliação da reprodutibilidade intra-observador (teste-reteste) e interobservador e também para avaliação da validade do SF-36, correlacionando-o com os resultados obtidos para os diferentes parâmetros clínicos e laboratoriais utilizados, bem como para os resultados obtidos com o uso dos questionários HAQ, AIMS-2 e NHP.

RESULTADOS

Na fase de equivalência cultural (pré-teste), duas questões apresentaram índice de não compreensão superior a 15%, questão 3, item *b* e questão 9 item *a*. Após modificadas, foram consideradas apropriadas (ou seja, com equivalência cultural) por mais de 95% dos pacientes⁽²⁴⁾.

O tempo médio de administração do questionário foi de 7 minutos.

As características clínicas e sociodemográficas dos 50 pacientes com artrite reumatóide incluídos na fase de avaliação da reprodutibilidade e validade da versão para o português do SF-36 estão apresentadas na tabela 1. O tempo médio de duração da doença foi de 8,54 anos (1 a 32 anos). A maioria dos pacientes foi classificada como classe funcional I (68%). Oitenta e dois por cento dos pacientes eram alfabetizados.

Na tabela 2 apresentamos os parâmetros clínicos e laboratoriais desses pacientes. O tempo médio de rigidez matinal foi de 8,60 minutos. É importante ressaltar que a população estudada apresentava-se com doença em atividade leve, como observamos pelo número médio de articulações dolorosas

TABELA 1
Características clínicas e sociodemográficas dos 50 pacientes com artrite reumatóide

Sexo	Feminino (%)	43 (86%)
	Masculino (%)	7 (14%)
Idade (anos)	Média (DP)	49,42 (13,28)
	Mínimo-máximo	(26,0-81,0)
Duração da doença (anos)	Média (DP)	8,54 (6,55)
	(Mínimo-máximo)	(1,0-32,0)
Classe funcional (%)*	I - 34 (68%)	
	II - 14 (28%)	
	III - 2 (4%)	
	IV - 0 (0%)	
Cor (%)	Branco	39 (78%)
	Não-brancos	11 (22%)
Grau de escolaridade	Alfabetizados	41 (82%)
	Não-alfabetizados	9 (18%)
Renda salarial familiar mensal	1 SM	7 (14%)
Salário mínimo (SM)	de 1 a 4 SM	18 (36%)
	> 4 SM	25 (50%)
Co-morbidades (%)	Hipertensão arterial	10 (20%)
	Diabetes mellitus	2 (4%)
	Outras	5 (10%)
	Nenhuma	32 (66%)
Látex (□ 1/80) (%)		42 (84%)
		8 (16%)

* de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) 1992. Arthritis Rheum 35: 498-502, 1992.

(1,96) e edemaciadas (1,22), pela avaliação global média de atividade de doença pelo médico (2,26) e pelo paciente (2,54) e pela avaliação média da dor (2,74).

Observamos na tabela 3 que a maioria dos valores médios para cada componente do questionário se situou entre 60 e 70 e que os valores médios maiores foram obtidos para os componentes aspectos sociais e saúde mental. O intervalo médio de tempo entre as duas aplicações foi de 9 dias (5 a 14).

A reprodutibilidade intra e interobservador para cada componente do SF-36 está apresentada na tabela 4. Observamos que a reprodutibilidade para os 8 componentes foi considerada significativa e altamente satisfatória; somente o componente aspecto emocional apresentou correlação, que, apesar de

estatisticamente significativa, foi inferior à dos demais componentes na avaliação da reprodutibilidade intra-observador.

Na avaliação da validade, apresentamos na tabela 5 o coeficiente de correlação de Pearson entre os parâmetros clínico-laboratoriais e os vários componentes da versão do SF-36. Coeficientes de correlação clinicamente satisfatórios e estatisticamente significantes foram encontrados quando se avaliou a correlação entre as variáveis avaliação global de atividade de doença pelo médico e pelo paciente, avaliação da dor e os componentes capacidade funcional, dor e estado geral da saúde. Observamos também correlação estatisticamente significativa entre o componente capacidade funcional (SF-36) e as variáveis número de articulações dolorosas e edemaciadas.

TABELA 2
Parâmetros clínicos e laboratoriais dos 50 pacientes com artrite reumatóide

Parâmetros	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Rigidez matinal (minutos)	8,60	13,77	0,00	60,00
Número de articulações dolorosas (0 a 68)	1,96	1,91	0,00	7,00
Número de articulações edemaciadas (0 a 66)	1,22	1,77	0,00	8,00
Avaliação global da atividade de doença pelo paciente (escala numérica de 0 a 10)	2,54	1,76	0,00	6,00
Avaliação global da atividade de doença pelo médico (escala numérica de 0 a 10)	2,26	1,61	0,00	6,00
Avaliação da dor (escala numérica de 0 a 10)	2,74	2,26	0,00	9,00
Velocidade de hemossedimentação (VHS)	25,34	14,82	4,00	75,00

TABELA 3
Valores obtidos para cada componente do questionário SF-36 e o intervalo de tempo entre as duas aplicações

Componentes	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	66,50	25,95	0,00	100,00
Aspectos físicos	59,50	44,28	0,00	100,00
Dor	63,96	21,26	10,00	100,00
Estado geral da saúde	68,22	22,89	12,00	100,00
Vitalidade	66,30	26,24	10,00	100,00
Aspectos sociais	87,00	19,39	37,50	100,00
Aspectos emocionais	66,66	42,05	0,00	100,00
Saúde mental	70,32	25,70	8,00	100,00
Intervalo de tempo entre as duas aplicações (dias)	9,00	3,00	5,00	14,00

Por outro lado, não se obteve coeficiente de correlação estatisticamente significativo ou clinicamente satisfatório entre os componentes aspectos físicos, aspectos emocionais e saúde mental e as variáveis clínico-laboratoriais utilizadas para avaliação dos pacientes.

Quando correlacionamos os resultados do HAQ e do SF-36, observamos que a melhor correlação foi entre o componente capacidade funcional e o HAQ ($p < 0,001$), embora outros componentes também apresentassem correlações estatisticamente significantes.

A correlação entre os valores obtidos para o AIMS-2 e o SF-36 foi estatisticamente significativa entre os componentes

físico, afeto, sintomas e trabalho do AIMS-2 e os componentes do SF-36. Entretanto, nenhuma correlação estatisticamente significativa foi encontrada entre o componente do AIMS-2 interação social e os componentes do SF-36.

Entre o NHP e o SF-36, as correlações mais expressivas ocorreram entre o componente capacidade funcional (SF-36) e os componentes mobilidade e dor (NHP) e entre o componente saúde mental (SF-36) e o componente aspecto emocional (NHP).

DISCUSSÃO

A percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos pacientes, bem como o impacto tanto de sua doença como de seu respectivo tratamento, estão sendo amplamente reconhecidos como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos^(2,25). No entanto, a maioria dos instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida dos pacientes é quase exclusivamente encontrada na língua inglesa⁽⁷⁾.

Atualmente, concorda-se que tais medidas devam, não somente ser traduzidas cuidadosamente, mas também ter suas medidas psicométricas testadas num contexto cultural específico.

Cada sociedade tem suas próprias crenças, atitudes, costumes, comportamentos e hábitos sociais. Essas características dão às pessoas uma orientação de quem são, como devem comportar-se e o que devem ou não fazer. Essas regras ou conceitos refletem a cultura de um país e também o diferenciam de outros. Quando propomos a tradução de um questionário, este deve apresentar-se em linguagem simples e clara e manter-se equivalente no que tange a seus conceitos culturais.

TABELA 4
Reprodutibilidade intra-observador e interobservador de cada componente da versão do SF-36 para a língua portuguesa avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson

Componentes	Coeficiente de correlação	
	Intra-observador	Interobservador
Capacidade funcional	0,8044**	0,8101**
Aspectos físicos	0,6392**	0,6271**
Dor	0,5426**	0,5542**
Estado geral da saúde	0,8468**	0,6186**
Vitalidade	0,6523**	0,7828**
Aspectos sociais	0,7595**	0,7158**
Aspectos emocionais	0,4426*	0,6884**
Saúde mental	0,6927**	0,8041**

* $p < 0,01$

** $p < 0,001$

TABELA 5
Coeficientes de correlação de Pearson entre os parâmetros clínico-laboratoriais e os vários componentes da versão do SF-36 para a língua portuguesa

Parâmetros	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral da saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
Duração da doença	-0,2113	0,0605	0,2589	-0,2825*	-0,0876	-0,1046	-0,2341	-0,1158
Rigidez matinal	-0,2484	-0,1852	-0,2308	-0,0809	-0,0401	-0,3241*	-0,1757	-0,2071
Número de articulações dolorosas	-0,3934**	-0,1643	-0,3355*	-0,3204*	-0,2948*	-0,1167	-0,2251	-0,0664
Número de articulações edemaciadas	-0,3742**	0,0995	-0,1422	-0,3426	-0,2865*	-0,0438	-0,0491	0,0069
Avaliação de atividade da doença (paciente)	-0,5104***	0,0386	-0,4558***	-0,4011**	-0,2125	-0,1674	-0,1024	-0,1055
Avaliação de atividade da doença (médico)	-0,5109***	0,1269	-0,4016**	-0,3625**	-0,2094	-0,1654	-0,1031	-0,1027
Avaliação da dor	-0,5053***	0,0075	-0,4981***	-0,4102**	-0,3194*	-0,2543	-0,1672	-0,1034
VHS	-0,1146	-0,2247	-0,0626	-0,0259	0,1392	0,0096	-0,0232	0,0981

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

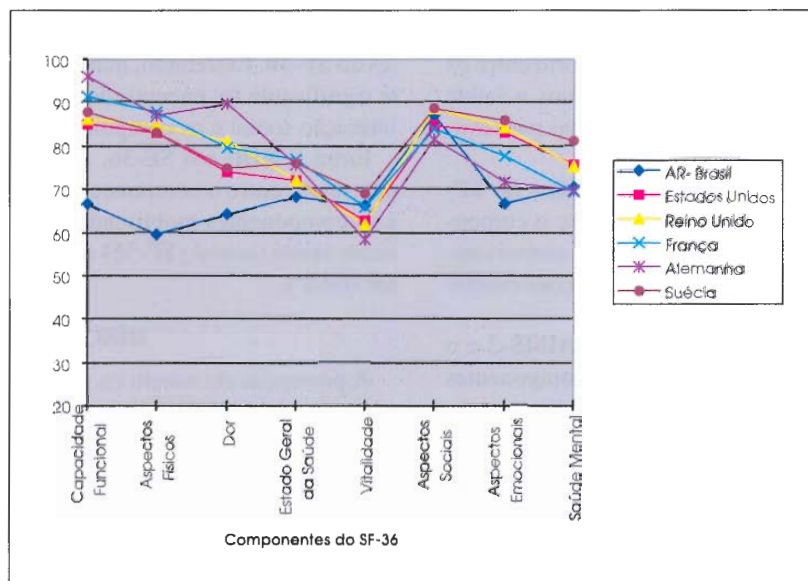


Gráfico 1 - Comparação dos valores para cada componente do SF-36 dos pacientes com AR (Brasil) e a população normal de outros países

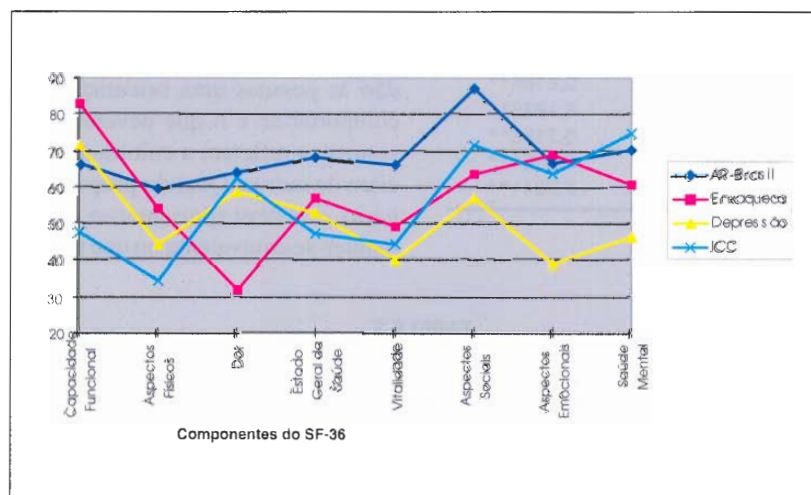


Gráfico 2 - Comparação entre os componentes do SF-36 para pacientes com AR e outras patologias

Quando comparamos a versão do SF-36 para a língua portuguesa com a versão de outros países de língua não inglesa, como para a língua alemã⁽²⁶⁾, francesa⁽²⁷⁾ e sueca⁽²⁸⁾, observamos que as adaptações culturais necessárias foram mais pronunciadas em relação às escalas de medida (p.ex.: milhas e quilômetros) e para algumas atividades de avaliação da capacidade funcional.

Todo instrumento de avaliação deve ser reprodutível através do tempo, ou seja, deve produzir resultados iguais ou muito semelhantes, em duas ou mais administrações para o mesmo

paciente, considerando, naturalmente, que seu estado clínico geral não tenha sido alterado. A reprodutibilidade intra e interobservador do instrumento foi demonstrada⁽²⁹⁾.

A coerência interna da versão do SF-36 para a língua portuguesa, avaliada através da correlação entre suas diversas questões, apresentou-se de forma moderada, com a maioria dos valores entre 0,300 e 0,500. Tal observação é importante, uma vez que algumas questões foram modificadas e uma alta correlação entre os componentes poderia sugerir a possibilidade de redundância entre as mesmas. Por outro lado, se os

componentes, de modo geral, apresentassem um baixíssimo índice de concordância entre si, ou seja, várias correlações entre um componente e os demais com r muito baixo, poderia sugerir que estivéssemos avaliando outra dimensão, que não a de interesse, devendo tal componente ser até excluído do instrumento.

Na fase de validação do SF-36, comparamos o questionário com outros parâmetros clínico-laboratoriais de avaliação de atividade de doença. Entre todos os componentes do SF-36, o componente capacidade funcional foi o que apresentou maior número de correlações clinicamente satisfatórias e estatisticamente significantes com os parâmetros clínicos. Na comparação dos resultados obtidos entre os diversos questionários (HAQ, AIMS-2, NHP e SF-36) observamos que as correlações encontradas foram correspondentes às hipóteses de correlação previamente formuladas.

Comparamos a título ilustrativo o comprometimento da qualidade de vida dos pacientes com artrite reumatóide deste estudo com a população normal de outros países (gráfico 1) e com pacientes com outras patologias (gráfico 2).

Quando comparamos os pacientes portadores de artrite reumatóide com a população normal de outros países, observamos que, para os componentes capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde, que são mais relacionados com o componente físico, os pacientes com artrite reumatóide apresentam valores inferiores quando comparados com a população normal, o que poderíamos supor, sendo a artrite reumatóide uma doença altamente incapacitante do ponto de vista físico. Para os demais componentes, mais relacionados com o componente mental, os valores obtidos são semelhantes.

Para a validação do SF-36 em pacientes com artrite psoriática, Husted *et al.* (1997) estudaram 113 pacientes, sendo 43 do sexo feminino e 70 do masculino, com média de idade de 50,5 anos. A maioria dos pacientes foi classificada nas classes funcionais I (36,3%) e II (48,7%), de acordo com os critérios da ACR⁽³⁰⁾. O número médio de juntas dolorosas foi de 6,1 e de juntas edemaciadas de 1,7. O valor médio para o parâmetro laboratorial velocidade de hemossedimentação foi de 20,7mm. A reprodutibilidade do instrumento foi demonstrada através de sua consistência interna, com coeficiente alfa Cronbach, excedendo 0,90 para todas as escalas. Sua validade foi detectada pela avaliação da capacidade do SF-36 em distinguir indivíduos com artrite psoriática da população geral e por sua correlação com medidas tradicionais de avaliação da função, atividade de doença e gravidade. Observamos que o perfil de comprometimento, tanto da artrite psoriática como da artrite reumatóide, é muito semelhante.

Tradicionalmente, a avaliação do tratamento do paciente tem-se baseado nas medidas de avaliação de morbidade e mortalidade; portanto, o julgamento médico orientava-se pelas avaliações de parâmetros clínicos, laboratoriais e radio-

gráficos^(2,25). Entretanto, o reconhecimento da necessidade de monitoração e avaliação do tratamento pelo ponto de vista do paciente fez surgir vários instrumentos, criados com a finalidade de medir subjetivamente as condições de bem-estar dos indivíduos⁽³¹⁾.

O desenvolvimento e validação de instrumentos para avaliar a qualidade de vida ou seus componentes específicos tornou-se uma importante área de pesquisa médica; todavia, para demonstrar suas propriedades de medida, esses instrumentos devem ser avaliados e reavaliados em diferentes situações, ou seja, em diferentes centros de pesquisa e por diversos pesquisadores em populações variadas⁽³²⁻³⁴⁾.

As medidas de avaliação genérica de saúde disponíveis não são capazes de dizer exatamente, para o profissional de saúde, o que fazer; entretanto, são capazes de demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e como se sentem quando as estão praticando. As aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período podem definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, tanto físicos como emocionais, tornando-se úteis para avaliação de determinada intervenção⁽³⁵⁾.

É importante ressaltar que, ao descrever o comprometimento da qualidade de vida de determinada patologia de forma genérica e ao compararmos esta com outras doenças, podemos demonstrar sua importância para o indivíduo, em nível social ou de saúde, dentro de uma comunidade. Ressaltamos, dessa forma, a necessidade de possuímos parâmetros de avaliação, tais como a avaliação da qualidade de vida, para nortear a decisão quanto a melhor distribuição de recursos dentro do sistema de saúde.

A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições socioeconômicas e culturais de nossa população, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, tornam este instrumento um parâmetro adicional útil que pode ser utilizado na avaliação da artrite reumatóide ou até de outras doenças, seja em nível de pesquisa ou em nível assistencial. Sua responsividade, ou seja, sensibilidade às alterações, encontra-se atualmente em estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bowling A, Brazier J: Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med* 41: 1337-1338, 1995.
2. Faden R, Leplège A: Assessing quality of life. Moral implications for clinical practice. *Med Care* 30 (Suppl): MS166-175, 1992.
3. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore B et al: Quality of life measures in health care. I. Applications and issues in assessment. *Br Med J* 305: 1074-1077, 1992.
4. Mathias SD, Fifer SK, Patrick DLL: Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. *Qual Life Res* 3: 403-412, 1994.
5. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D: Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 46: 1417-1432, 1993.

6. Guillemin F: Measuring health status cross cultures. *Rheum Eur (Suppl 2)*: 102-103, 1995.
7. Guillemin F: Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol* 24: 61-63, 1995.
8. Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30: 473-483, 1992.
9. Ware JE, Gandek B, IQOLA Project Group: The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *Int J Ment Health* 23: 49-73, 1994.
10. Ware JE, Snow KK, Kosinski M et al: SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation guide. Boston, New England Medical Center, 1993.
11. Ware JE, Kosinski M, Keller ED: The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA, The Health Institute, 1994.
12. Wilder RL: Rheumatoid arthritis. Epidemiology, pathology and pathogenesis. In Schumacher Jr HR: *Primer on the Rheumatic Diseases*, 10th ed. Atlanta, GA, Arthritis Foundation, 1993. p. 86-89.
13. Guyatt GH: A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol* 22: 1188-1190, 1995.
14. Guyatt GH, van Zaten SJOV, Feeney DH et al: Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc J* 140: 1441-1448, 1989.
15. Arnett FC, Edworthy SM, Block DA et al: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 31: 315-324, 1988.
16. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I et al: The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 35: 498-502, 1992.
17. Felson DT, Anderson JJ, Bombardier C et al: The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum* 36: 729-740, 1993.
18. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Argyle M: The Nottingham Health Profile: an analysis of its sensitivity in differentiating items groups. *Soc Sci Med* 27: 1411-1414, 1988.
19. Fries JF, Spitz PW, Krains RG et al: Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 23: 137-145, 1980.
20. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM et al: Crosscultural reliability of the physical ability dimensions of the Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 17: 813-817, 1990.
21. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH: The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum* 23: 146-152, 1980.
22. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ et al: The content and properties of revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis Rheum* 35: 1-10, 1992.
23. Brandão L: Qualidade de vida em artrite reumatóide; validação de uma versão do Arthritis Impact Measurement Scales 2 para a língua portuguesa (Brasil-AIMS2). São Paulo, 1995 [Tese de Mestrado-Escola Paulista de Medicina-Unifesp].
24. Ciconelli RM: Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). São Paulo, 1997 [Tese de Doutorado-Escola Paulista de Medicina-Unifesp].
25. Guyatt GH, Feeney DH, Patrick DL: Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 118: 622-629, 1993.
26. Bullinger M: German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. *Soc Sci Med* 41: 1359-1366, 1995.
27. Perneger TV, Leplège A, Etter JF et al: Validation of a French language version of the MOS 36 item Short-Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol* 48: 1051-1060, 1995.
28. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE: The Swedish SF-36 Health Survey. I. Evaluation of data quality, scaling assumption, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 41: 1349-1358, 1995.
29. Jenkinson C: Evaluation of the efficacy of medical treatment possibilities and limitations. *Soc Sci Med* 41: 1395-1401, 1995.
30. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT et al: Validating the SF-36 Health Survey Questionnaires in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 24: 511-517, 1997.
31. Ware J: Comments on the use of health status assessment in clinical settings. *Med Care* 30: MS205-MS209, 1992.
32. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI et al: The SF-36 Health Survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within in the NHS? *BMJ* 306: 1440-1444, 1993.
33. Ohman J, Barr J, Schumacher G: Health status measures in allied health curricula; results of a national survey. *J Allied Health* 24: 57-63, 1995.
34. Thier SO: Forces motivating the use of health status assessment measures in clinical settings and related clinical research. *Med Care* 30: MS15-MS22, 1992.
35. Ebrahim J: Clinical and public health perspectives and applications of health related quality of life measurement. *Soc Sci Med* 41: 1383-1394, 1995.