

LAÍS SAMPAIO SILVEIRA

**WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE
(WHODAS 2.0): REVISÃO DE LITERATURA DOS PROCESSOS DE VALIDAÇÃO
EM GRUPOS DISTINTOS E AFERIÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
DA VERSÃO BRASILEIRA PARA CEGOS**

UBERABA/MG

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Laís Sampaio Silveira

**WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE
(WHODAS 2.0): REVISÃO DE LITERATURA DOS PROCESSOS DE VALIDAÇÃO
EM GRUPOS DISTINTOS E AFERIÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
DA VERSÃO BRASILEIRA PARA CEGOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, área de concentração “Educação Física, Movimento Humano e Saúde” (Linha de Pesquisa: Comportamento motor e análise do movimento humano), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dra. Karina Pereira

Co-orientação: Dr. Nuno Miguel Lopes de Oliveira

UBERABA/MG

2016

Laís Sampaio Silveira

**WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE
(WHODAS 2.0): REVISÃO DE LITERATURA DOS PROCESSOS DE VALIDAÇÃO
EM GRUPOS DISTINTOS E AFERIÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
DA VERSÃO BRASILEIRA PARA CEGOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, área de concentração “Educação Física, Movimento Humano e Saúde” (Linha de Pesquisa: Comportamento motor e análise do movimento humano), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dra. Karina Pereira

Co-orientação: Dr. Nuno Miguel Lopes de Oliveira

Aprovada em 25 de fevereiro de 2016.

Banca examinadora:

Dra. Karina Pereira - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr. Nuno Miguel Lopes de Oliveira – Co-orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dra. Camila Ferreira Leite - Examinadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Shamyry Sulyvan de Castro - Examinador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos por **DEUS**, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

À Profa **Karina**, que acreditou em meu potencial de uma forma a que eu não acreditava ser capaz de corresponder. Sempre disponível e disposta a ajudar, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado para absorver algum tipo de conhecimento. Você não foi somente orientadora, mas, em alguns momentos, conselheira, confidente, mãe e amiga. Juntamente com o Prof **Nuno**, vocês foram e são referências profissionais e pessoais para meu crescimento. Obrigada pela paciência e por acreditarem tanto em mim!

Um agradecimento especial ao Prof **Shamyr** e Prof **Camila**, que, além de proporcionar a proposta deste trabalho, auxiliou em todos os momentos de sua realização. Obrigada pelas dúvidas sanadas e confiança.

A meus amigos do mestrado, agradeço pelos momentos divididos juntos, especialmente à Angélica (**Keka**), que se tornou essencial para realização desse trabalho. Sua dedicação e competência tornou possível nossa parceria. E aos poucos nos tornamos mais que amigas... Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias. Foi bom poder contar com você!

À meus pais, **Hélvio** e **Silvia**, que souberam entender minha ausência nos muitos momentos, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

A meus irmãos, **Eduardo** e **Beatriz**, meu agradecimento especial, pois, a seu modo, sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho. Obrigada pela confiança!

Agradeço também a meu príncipe... meu namorado **Paulo**! Não só por entender meu estresse e ansiedade em muitos momentos, mas por ajudar a cessá-los, sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

À minha vó **Elvira** pelas orações; e meus tios e primos que vibraram comigo, desde a aprovação na prova, e sempre fizeram “propaganda” positiva a meu respeito. Obrigada pela força!

Às minhas amigas de sempre, **Mariane, Karol, Marcela, Adriana e Maria Cristina** por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa. Obrigada pela amizade!

Aos meus colegas e aos pacientes da clínica **Fisiocor** e fisioterapeutas do hospital (**Gabi, Larissa, Luana e Carol**) que tiveram a compreensão quando precisei de reagendar atendimentos ou fazer mudanças de escala para ajustar aos compromissos do Mestrado. Obrigada pela torcida e apoio sempre!

Às Instituições que participaram dessa pesquisa – **ICBC, ADVIUDI e ADEVIRP** – e todos seus associados, meu verdadeiro agradecimento. Obrigada por acreditarem na pesquisa e permitir a realização de nosso trabalho. Agradeço muito a vocês não só pela ajuda profissional, mas pela ajuda pessoal, pois a experiência que vivenciei nesses locais, com cada história, serviram como exemplos para minha vida. Obrigada de verdade!

Finalmente, gostaria de agradecer à **UFTM** e ao **Programa de Pós Graduação em Educação Física** por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era a minha DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma LIÇÃO DE VIDA.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

RESUMO

A avaliação de incapacidade permite um retrato detalhado das implicações que uma condição de saúde tem no dia a dia de um indivíduo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), para avaliar saúde e deficiência e inferir o impacto dessas condições na funcionalidade do indivíduo. Baseando-se nas validações desse instrumento foram desenvolvidos dois estudos. O primeiro teve como objetivo realizar uma revisão atualizada de artigos científicos que validaram o WHODAS 2.0 entre 2009 e 2015. A partir de uma busca nas principais bases de dados, foram encontrados 17 artigos científicos de validação do WHODAS 2.0. As validações ocorreram em 16 países e envolveu estudos com distintas propriedades psicométricas em adultos saudáveis ou com alguma condição de saúde. O segundo estudo testou as propriedades psicométricas da versão brasileira do WHODAS 2.0 para pessoas com cegueira. Participaram 56 cegos, com idade média de 48,4 (\pm 13,6) anos. Foram utilizados as modalidades de consistência interna, confiabilidade teste re-teste e inter-avaliadores e validade de critério, no qual utilizou-se o WHOQoL. A versão brasileira do WHODAS 2.0 mostrou adequada consistência interna para maioria dos domínios (α de Cronbach \geq 0,65), boa confiabilidade teste re-teste (CCI \geq 0,63) e inter-avaliadores (CCI \geq 0,65), e moderada correlação de seus domínios com os do WHOQoL para validade de critério. Apenas o domínio relacionado a atividades escolares ou de trabalho apresentou baixa consistência interna e nenhuma correlação significativa com os domínios do WHOQoL. A versão brasileira do WHODAS 2.0 é confiável e válida para ser utilizada em pessoas com cegueira.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência. Validação de testes. Estudos de Validação. Psicometria. Cegueira.

ABSTRACT

The disability assessment allows a detailed picture of the implications that a health condition has on the day of an individual. The World Health Organization (WHO) developed the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) to evaluate health and disability and to infer the impact of these conditions on the individual's functionality. Based on the validation of this instrument have been developed two studies. The first aimed to conduct an updated review of scientific articles that validated the WHODAS 2.0 between 2009 and 2015. From a search of major databases, they found 17 scientific articles WHODAS 2.0 validation. Validations occurred in 16 countries and involved studies with different psychometric properties in healthy adults or any health condition in healthy adults or with any health condition. The second study tested the psychometric properties of the Brazilian version of WHODAS 2.0 for people with blindness. Participated 56 blind, with a mean age of 48.4 (\pm 13.6) years. The psychometric properties were used: internal consistency, test-retest and inter-rater reliability and criterion validity, which used the WHOQoL. The Brazilian version of WHODAS 2.0 showed adequate internal consistency for most domains (Cronbach's $\alpha \geq 0,65$), good reliability test re-test ($CCI \geq 0,63$) and inter-rater ($CCI \geq 0,65$), and moderate correlation with their domains WHOQoL of the criteria for validity. Only the domain related to school activities or work showed low internal consistency and no significant correlation with the domains of WHOQoL. The Brazilian version of WHODAS 2.0 is reliable and valid for use in people with blindness.

Keywords: Disability Evaluation. Validation Studies. Validity of tests. Psychometrics. Blindness.

LISTA DE FIGURAS

Figura

1 – Modelo Linear da CIDID	12
2 – Modelo Dinâmico da CIF	14

Artigo 1:

Figura

1 – Processo de seleção dos artigos	25
---	----

Artigo 2

Figura

1 – Processo de seleção dos participantes	42
2 - Esquema adaptado do cartão resposta nº2	43
3 - Procedimentos de coleta dos dados	44

LISTA DE TABELAS

Tabela

1 - Distinção Semântica entre os Conceitos	12
--	----

Artigo 1

Tabela

1 – Estudos de Validação do WHODAS 2.0 (2009-2015)	27
2 – Estudos que utilizaram versões do WHODAS 2.0 com omissão dos itens relacionados ao trabalho (32 itens)	30

Artigo 2

Tabela

1 - Modalidades de validação, objetivos, testes e valores de referência	46
2 - Caracterização da amostra segundo etiologia	47
3 - Validação do WHODAS 2.0	48
4 - Correlação WHODAS 2.0 com WHOQoL	49

LISTA DE QUADROS

Quadro

1 - Classificação da severidade da deficiência visual de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID H54	14
--	----

Artigo 1

Quadro

1 - Domínios avaliados pelo WHODAS 2.0.	22
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 FUNCIONALIDADE E DEFICIÊNCIA.....	11
1.2 DEFICIÊNCIA VISUAL: CEGUEIRA.....	14
1.3 <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE -</i> <i>WHODAS 2.0</i>	16
1.4 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE	17
2 ARTIGOS PRODUZIDOS	19
2.1 ARTIGO 1	19
2.2 ARTIGO 2	36
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	59
ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

Avaliar as capacidades de pessoas com deficiência visual é um propósito muito relevante para os profissionais da saúde, uma vez que uma alteração visual não impede totalmente uma pessoa de ter uma boa qualidade de vida, funcionalidade e convívio social. Para observar a funcionalidade dessas pessoas, é preciso identificar um instrumento de avaliação confiável e válido, que seja capaz de verificar o que se propõe. Portanto, o presente estudo apresentará o WHODAS 2.0 - versão de 36 itens - como um instrumento de avaliação validado para pessoas com deficiência visual.

1.1 FUNCIONALIDADE E DEFICIÊNCIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem sido, desde 1948, a agência especializada das Nações Unidas para rever a nomenclatura internacional de doenças e padronizar os métodos de diagnóstico. (WHO, 1948). O sucesso obtido a partir da edição da Classificação Internacional de Doenças (CID) levou, no início de 1970, à preparação de uma classificação das consequências da doença. A partir de 1975 existiu em circulação, como um documento interno da OMS, uma versão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Posteriormente, ela foi transformada em uma classificação.

Em 1980, a OMS publicou os resultados, a CIDID, em um livro para estudo e pesquisa. O seu objetivo foi esclarecer alguns conceitos e terminologias que foram utilizados com referência à deficiência, para facilitar as opções de pesquisa e políticas em uma área de crescente importância. A CIDID tem um mérito inquestionável: introduziu, a partir do ponto de vista de saúde, uma distinção e definição, pela primeira vez, de termos que, até então, haviam sido usados como sinônimos, criando grande confusão entre os profissionais de saúde. Ela propôs uma distinção tripartida entre deficiência, incapacidade e desvantagem, definindo da seguinte forma (WHO, 1980):

- Deficiência: qualquer perda ou anormalidade, de estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas.
- Incapacidade: qualquer restrição ou perda (devido a uma deficiência) de capacidade de executar uma atividade ou variações na maneira considerada normal para um ser humano.
- Desvantagem: desvantagem experimentada por uma pessoa em particular, o resultado de uma deficiência ou incapacidade que limita ou impede a oportunidade de preencher o papel geralmente de apenas uma pessoa (em relação à idade, sexo e fatores socioculturais).

Na definição de deficiência uma relação causal clara é estabelecida entre deficiência e outras condições, ou seja, a desvantagem é sempre o resultado de uma deficiência ou a consequência de uma deficiência. Portanto, a deficiência ou incapacidade, ou ambos, são necessárias para que possamos falar de desvantagem; e ainda assim, eles não são suficientes, uma vez que nem todas as deficiências produzem desvantagem. (FEDERICI; MELONI; LO PRESTI, 2009).

O modelo da CIDID descreve, como uma sequência linear (Figura 1), as condições decorrentes da doença (FARIAS; BULCHALLA, 2005):

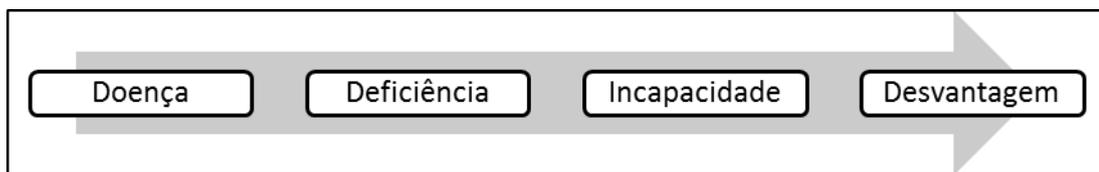


Figura 1 - Modelo linear da CIDID (FARIAS; BULCHALLA, 2005).

Com objetivo de esclarecer pontos comuns e divergentes das principais posições teóricas, Amiralian (2000), desenvolveu uma pesquisa fundamentando nos conceitos da Classificação Internacional de Doenças (CID). Nela, evitou-se utilizar a mesma palavra para designar as deficiências, incapacidades e desvantagens. Assim, para uma deficiência foi adotado um adjetivo ou substantivo, para uma incapacidade, um verbo e para uma desvantagem, um dos papéis de sobrevivência no meio físico e social (Tabela 1).

Tabela 1 - Distinção semântica entre os conceitos.

Deficiência	Incapacidade	Desvantagem
Da linguagem	De falar	Na orientação
Da audição (sensorial)	De ouvir (de comunicação)	
Da visão	De ver	
Musculoesquelética (física)	De andar (de locomoção)	Na independência física
	De assegurar a subsistência no lar (posição do corpo e destreza)	Na mobilidade
De órgãos (orgânica)	De realizar a higiene pessoal	Nas atividades de vida diária
	De se vestir (cuidado pessoal)	
	De se alimentar	
Intelectual (mental)	De aprender	Na capacidade ocupacional
Psicológica	De perceber (aptidões particulares)	
	De memorizar	
	De relacionar-se (comportamento)	Na integração social
	De ter consciência	

Fonte: AMIRALIAN et al (2000).

A incapacidade é um problema de saúde. As pessoas geralmente procuram os serviços de saúde porque a doença torna difícil a realização do que costumavam fazer anteriormente, ou

seja, pela deficiência e não pela doença. Os profissionais de saúde consideram um caso clinicamente significativo quando há limitação das atividades diárias de uma pessoa, e então eles precisam de informações mais claras de suas deficiências na sua avaliação (AMIRALIAN, et al, 2000).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde aprovou a nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O documento final coleciona trabalhos publicados na última década e que teve como objetivo a revisão da CIDID. O processo de revisão da CIDID apontou suas principais fragilidades, como a falta de relação entre as dimensões que a compõe, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, entre outras. (WHO, 2001). A perspectiva linear aplicada na classificação antiga é abandonada na CIF, para implementar um modelo interativo circular em que a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são considerados como o produto da interação dinâmica entre as condições de saúde e fatores contextuais, incluindo os pessoais e ambientais (FARIAS; BULCHALLA, 2005).

A estrutura desta nova classificação pode ser dividida em duas "partes", cada uma incluindo dois "componentes" (BATTISTELLA; BRITO, 2002). A parte denominada "Funcionalidade e Incapacidade" contém o componente de funções do corpo e estruturas, e o de atividade e participação. Já a parte "Fatores Contextuais" engloba os componentes de fatores ambientais e pessoais.

Cada componente é formado por vários domínios, e cada domínio está organizado em categorias com diferentes níveis, o que representa as unidades de classificação. A CIF além de descrever os estados funcionais de cada indivíduo e suas limitações, também propõe um modelo dinâmico de interação mútua entre as condições de saúde e fatores contextuais. A presença de uma deficiência implica necessariamente uma "causa", o que pode não ser suficiente para explicar o resultado da mesma. Portanto, a deficiência é o resultado complexo e multideterminado de três fatores principais: a saúde de um indivíduo, os fatores pessoais e ambientais. (WHO, 2001).

Neste novo modelo biopsicossocial, a deficiência, entendida tanto como uma limitação das capacidades individuais, bem como restrições na participação social, certamente está relacionada a um estado de saúde, convencionalmente considerados patológicos, mas não necessariamente causada pela mesma condição como no modelo linear da CIDID (Figura 2).

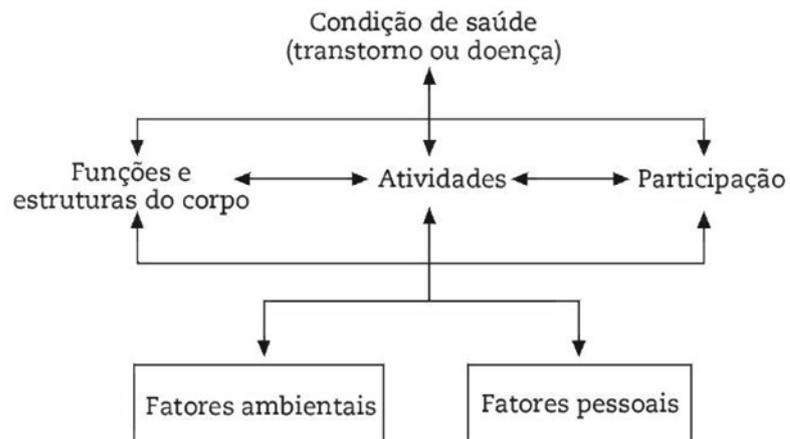


Figura 2 - Modelo dinâmico da CIF (WHO, 2001).

Para fins de saúde pública, a deficiência e a incapacidade tornaram-se tão importante como a mortalidade. Apesar de os avanços da saúde terem reduzido a mortalidade, o aumento associado da longevidade levou a um aumento correspondente em doenças crônicas e necessidades especiais que precisam ser gerenciadas ao longo da vida. (WHO, 2000).

A cegueira assume, na sociedade em que vivemos uma diferença que é considerada uma desvantagem. Nunes e Lomonaco (2008) menciona que entendimento do senso comum da pessoa cega fica tão restrito à limitação visual, que ela deixa de ser vista como um ser humano integral e passa a ser percebida comumente como imperfeito e faltante. No entanto, a pessoa com cegueira, tem capacidades de desenvolvimento como qualquer pessoa desde que lhe sejam dadas as condições adequadas.

1.2 DEFICIÊNCIA VISUAL: CEGUEIRA

A deficiência visual é resultado da perda da visão originada por uma doença ou outro fator em que ocorra uma alteração da função visual. A deficiência visual atinge um grande número de pessoas, apesar dos avanços nos últimos anos em relação aos diagnósticos e aos tratamentos das doenças oculares. (MOREIRA, 2014).

Segundo dados da OMS, no mundo existem cerca de 314 milhões de pessoas com deficiência visual, sendo 45 milhões diagnosticadas com cegueira. (WHO, 2010). No Brasil, existem mais de 6,5 milhões de pessoas com deficiência visual, sendo 582 mil cegas e 6 milhões com baixa visão, segundo dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (BRASIL, 2010).

Em 1966, a OMS registrou 66 diferentes definições de cegueira, utilizadas para fins estatísticos em diversos países. Para simplificar o assunto, um grupo de estudos sobre a Prevenção da Cegueira da OMS, em 1972, propôs normas para a definição de cegueira e para uniformizar as anotações dos valores de acuidade visual e campo visual. Portanto, a delimitação do grupamento de deficientes visuais, subdivididos em cegos e com baixa visão, se dá por duas escalas oftalmológicas: acuidade visual, aquilo que se enxerga a determinada distância, e campo visual, a amplitude da área alcançada pela visão. (MOREIRA, 2014).

No Quadro 1 observa-se a classificação de cegueira, de acordo com a OMS, quando a acuidade visual é menor do que 3/60 no melhor olho, com a melhor correção óptica. (TEMPORINI; KARA-JOSE, 2004). Isso significa que o indivíduo enxerga a 3 metros o estímulo que deveria ser visto a 60 metros. Dessa forma, o termo cegueira não é absoluto, pois reúne pessoas com vários graus de visão residual. Ela não significa, necessariamente, total incapacidade para ver, mas, um prejuízo dessa aptidão em níveis incapacitantes para tarefas rotineiras. (MOREIRA, 2014).

Quadro 1 - Classificação da severidade da deficiência visual de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID H54.

Categorias	Classificação	Acuidade Visual	
		Pior que:	Igual ou melhor que:
0	Baixa visão leve	-	6/18
1	Baixa visão moderada	6/18	6/60
2	Baixa visão severa	6/60	3/60
3	Cegueira	3/60	1/60
4	Cegueira	1/60	Percepção de luz
5	Cegueira	Sem percepção de luz	

Fonte: ICD-10 (2010).

Com relação ao campo visual, a cegueira corresponde à categoria três, ou seja, os indivíduos que enxergam entre 5° e 10° e à categoria quatro, àqueles com campo menor que 5°. (ICD-10, 2010).

Embora o diagnóstico seja valioso para traçar estratégias de tratamento e fornecer prognósticos, ele, por si só, não é suficiente para compreender o quadro completo e a experiência vivida de um paciente; deve-se pensar no indivíduo que possui a doença e não somente na doença. Tão importante quanto identificar o diagnóstico da doença é saber se a

pessoa pode trabalhar e realizar as atividades de vida diária para cumprir suas tarefas em casa, no trabalho, na escola ou em outras áreas sociais. (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

A visão é considerada a grande promotora da integração do indivíduo em atividades motoras, perceptivas e mentais (MASINI, 1994) e, uma vez que o cego é um indivíduo privado dela, supomos que ele terá sérias restrições em sua vida. A cegueira impõe limites e exige adaptações, no entanto é justamente pelos outros sentidos que terá possibilidades de conhecer o mundo em que vive. Trata-se de um processo de aprendizagem como outro qualquer. (NUNES; LOMONACO, 2008).

Brumer, Pavei e Mocelin (2004) constataram que a falta ou redução da visão não é o principal obstáculo para a inclusão das pessoas com deficiência visual como cidadãos, plenos de direitos e deveres. Caso lhes sejam oferecidas as condições de aprendizado e os meios de desenvolver e aplicar suas habilidades, estes têm condições de participar da vida social, econômica, cultural e política da sociedade. Nunes e Lomonaco (2008) afirmam que o desconhecimento sobre as possibilidades de desenvolvimento da pessoa cega ocasiona uma generalização indevida, ou seja, sugere-se que todos os cegos têm as mesmas características e incapacidades.

Na tentativa de superar essa concepção, Torres, Mazoni e Mello (2007) pesquisaram as diferenças no uso de recursos adaptativos em pessoas com deficiência visual e concluíram que elas têm necessidades de adaptação muito diferenciadas entre si. De acordo com esses autores, ainda que todas elas tenham em comum o fato de não enxergar corretamente, a forma como elas vivenciam sua deficiência é muito diferente e varia conforme o momento de aquisição da deficiência, grau da deficiência, acesso aos meios de comunicação alternativos, dentre outras. Isso mostra o quanto as generalizações sobre um grupo de pessoas que tem apenas uma característica em comum podem ser desaconselhadas, pois não consideram as peculiaridades de cada um. Portanto, é importante que uma avaliação criteriosa e individualizada seja realizada antes de qualquer intervenção ou adaptação.

1.3 *WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE - WHODAS 2.0*

O WHODAS 2.0 é um instrumento de avaliação genérica, desenvolvido pela OMS, para fornecer um método padronizado de medir a saúde e deficiência entre as culturas. Ele foi desenvolvido a partir de um conjunto abrangente de itens da CIF que são suficientemente confiáveis e sensíveis para mensurações da eficiência de uma determinada intervenção. Uma

série de estudos sistemáticos de campo foram realizados para determinar sua aplicabilidade, confiabilidade e validade transculturalmente, bem como a sua utilidade na pesquisa de serviços de saúde. (WHO, 2010).

Ao utilizar o WHODAS 2.0, os entrevistadores devem ser treinados usando o Manual de Saúde de medição e Deficiência: Manual do WHODAS 2.0 (WHO, 2010), que inclui um guia de entrevista e outro material de treinamento.

As versões de entrevistas disponíveis na versão original são as seguintes:

- 36-item - Administrado por um Entrevistador
- 36-item – Auto-administrada
- 36-item - Administrado ao proxy
- 12 itens - Administrado por um Entrevistador
- 12 itens - Auto-administrada
- 12 itens - Administrado ao proxy
- 12 + 24 itens - Administrado por um Entrevistador

De acordo com o Manual para utilização do WHODAS 2.0, essa escala já foi validada em vários países e com diferentes tipos de deficiências. (WHO, 2010). No entanto, o processo de validação da versão brasileira para condições de saúde específicos inicia-se com este trabalho.

1.4 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE

A análise psicométrica para validação de instrumentos tal como foi defendida por Polit e Hungler (1991) compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de confiabilidade e de validade. De acordo com autores, existem quatro tipos de indicadores usados em psicometria (o campo dos testes e medições):

Confiabilidade: diz respeito à coerência das respostas adquiridas em medições repetidas e ao grau de independência dos resultados obtidos, independente de circunstâncias acidentais em que ocorre a medição. Como a medição de qualquer fenômeno contém sempre determinada quantidade de erro aleatório, o grau de confiabilidade do instrumento de medição está inversamente relacionado com a quantidade de erro aleatório na medição. (POLIT; HUNGLER, 1991).

Validade: diz respeito à relação entre conceito e indicador, isto é, um indicador de algum modo abstrato é válido quando mede o que se julga medir. Ela é, portanto, o grau com que os resultados adquiridos são corretamente interpretados. (FERREIRA; MARQUES, 1998).

Poder de resposta: trata-se de uma propriedade isolada de um instrumento de medição e, muitas vezes também é denominado sensibilidade à mudança. Corresponde à capacidade de um instrumento em detectar alterações, definidas como as mínimas e consideradas como importantes pelas pessoas com aqueles estados e aquelas condições de saúde, por familiares, amigos e cuidadores. (FERREIRA; MARQUES, 1998).

Poder de interpretação: é definido como o grau segundo o qual pode-se atribuir um significado qualitativo a valores quantitativos obtidos pelo instrumento. É talvez um dos últimos campos conquistados pela medição em saúde. É importante saber qual o significado dos valores isolados ou dos ganhos encontrados e não somente termos a garantia de que o instrumento mede aquilo que deve medir. (FERREIRA; MARQUES, 1998).

Por meio de buscas na literatura científica sobre estudos envolvendo a validação do WHODAS 2.0 encontraram-se pesquisas publicadas em diversos países, no entanto, viu-se a necessidade de realizar uma revisão atualizada como forma de reunir e discutir os principais estudos sobre essa temática. Além disso, até o presente momento, não foi encontrado nenhum estudo de validação da versão brasileira e de outras versões em pessoas com cegueira, o que justifica a realização do presente estudo com essa população.

Portanto, com o intuito de abranger os aspectos descritos acima, foram realizados dois artigos que serão apresentados a seguir nessa dissertação. No Artigo I, intitulado: “Validações da *“World Health Organization Disability Assessment Schedule”* (WHODAS 2.0): Revisão Atualizada” foi realizada uma revisão de literatura para mapear as produções científicas publicadas no período de 2009 a 2015, sobre as validações do WHODAS 2.0 em diversas populações nas suas variadas versões. Como destacado anteriormente, devido à ausência, até o presente momento, de estudos de validação da versão brasileira do WHODAS 2.0, foi realizado um artigo científico com esse objetivo voltado para uso em pessoas com cegueira. Dessa forma, o Artigo II intitulado “Validação da *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) na Versão Brasileira para Uso em Pessoas com Cegueira”, verificou as propriedades psicométricas da versão de 36 itens em pessoas com cegueira.

2 ARTIGOS PRODUZIDOS

2.1 ARTIGO 1

VALIDAÇÕES DO “WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE” (WHODAS 2.0): REVISÃO DA LITERATURA
VALIDATION OF THE “WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE” (WHODAS 2.0): LITERATURE REVIEW

Laís Sampaio Silveira¹
Nuno Miguel Lopes de Oliveira²
Karina Pereira³

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba/MG.

² Docente do Instituto de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia Aplicada. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba/MG.

³ Docente do Instituto de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia Aplicada e Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba/MG.

Resumo

O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão atualizada de artigos científicos que validaram o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) em diferentes populações. Para isso, foi feita uma busca de artigos publicados entre 2009 e 2015 nas bases de dados *Pubmed*, *Lilacs*, *Science Direct* e *CAPE*S. Foram incluídos artigos originais em língua inglesa, que avaliaram as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 em diversos tipos de populações e versões. Para a análise dos artigos científicos considerou-se o ano e local do estudo, população e número de participantes, versão do WHODAS 2.0 (36 itens, 12 itens, ou com remoção de itens não pertinentes à população específica) e os principais resultados. Neste período foram encontrados 17 artigos científicos de validação do WHODAS 2.0. As validações ocorreram em 16 países, sendo que um artigo envolveu sete países de baixa e média renda. O WHODAS 2.0 foi validado com distintas condições de saúde, mostrando a universalidade do instrumento. Para as validações, a maioria dos estudos testaram duas ou três propriedades psicométricas e a consistência interna foi a utilizada com maior frequência. Nos últimos anos, o número de validações do WHODAS 2.0 aumentou, ressaltando o interesse dos pesquisadores em utilizar uma ferramenta útil e validada para medida de funcionalidade. Devido ao breve período de tempo transcorrido entre a disponibilização da versão traduzida para o português brasileiro, até o momento não foram encontrados estudos de validação com WHODAS 2.0.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência. Validação de testes. Estudos de Validação. Psicometria.

Abstract

The aim of this study was an updated review of scientific papers that validated the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in different populations. For this, a search of articles published between 2009 and 2015 in Pubmed, Lilacs, Science Direct and CAPES was made. Original articles were included in the English language that evaluated the psychometric properties of WHODAS 2.0 in different types of populations and versions. For the analysis of scientific papers considered the year and place of study, population and number of participants, version WHODAS 2.0 (36 items, 12 items, or removing items not relevant to the particular population) and the main results. In this period they were found 17 scientific articles WHODAS 2.0 validation. Validations occurred in 16 countries, and an article involved seven low and middle income countries. The WHODAS 2.0 has been validated with different health conditions, showing the instrument's universality. For validation, most studies have tested two or three psychometric properties and internal consistency was most frequently used. In recent years, the number of validations WHODAS 2.0 increased, highlighting the interest of researchers to use a useful tool and validated to measure functionality. Due to the short period of time between the release of the translated version for Brazilian Portuguese, so far we have not found validation studies with WHODAS 2.0.

Keywords: Disability Evaluation. Validation Studies. Validity of tests. Psychometrics.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, o diagnóstico por si só não é suficiente para conhecer e compreender o impacto que a doença causa na rotina diária de uma pessoa. Por isso, além do diagnóstico, é importante avaliar o nível de funcionalidade e incapacidade do indivíduo, a fim de se obter uma imagem mais ampla e significativa da saúde das pessoas ou da população. (WHO, 2001).

A definição e a mensuração dos termos funcionalidade e incapacidade tornaram-se tema de crescente interesse, em especial a partir do momento em que houve aumento da expectativa de vida das pessoas e, por consequência, aumento das doenças crônicas e suas consequências. (CHATERJI; ÜSTUN; BICKENBACH, 1999, DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). Além disso, a falta de um instrumento de avaliação adequado de “deficiência ou incapacidade” tem sido apresentada como um impedimento para a promoção da saúde de pessoas com deficiência. A vigilância e a intervenção dos serviços de saúde dependeriam da capacidade para identificar as pessoas que deveriam ser incluídas nestas definições. (WHO, 2001).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde aprovou a nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) visando descrever estados funcionais de cada indivíduo e suas limitações, apoiando um modelo dinâmico de interação mútua entre as condições de saúde e fatores contextuais (WHO, 2001).

A aplicação direta da CIF e os seus códigos surgiu, desde seu início, como uma tarefa bastante exigente e complexa. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), fundamentada nos conceitos da CIF. (WHO, 2010).

A primeira versão do WHODAS – publicado em 1988 – foi um instrumento desenvolvido para avaliar a funcionalidade, principalmente em pacientes psiquiátricos (WHO, 1988). Desde então, o instrumento passou por revisões até a versão atual, o WHODAS 2.0. O WHODAS 2.0 foi desenvolvido por meio de colaborações entre OMS e as diversas organizações dos Estados Unidos da América. O projeto é denominado Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade – OMS/ Institutos Nacionais de Saúde. (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010 e CASTRO; LEITE, 2015).

O WHODAS 2.0 é um instrumento prático e genérico de avaliação de saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico. É um instrumento que foi projetado especificamente para refletir a CIF, avaliando as limitações de atividades e restrições de participação experimentadas por um indivíduo, independente do diagnóstico médico. De acordo

com o Manual para sua utilização (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010, traduzido por CASTRO; LEITE, 2015), o instrumento fornece o nível de funcionalidade em seis domínios de vida, descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Domínios avaliados pelo WHODAS 2.0.

DOMÍNIOS		AVALIA
1	Cognição	Compreensão e comunicação
2	Mobilidade	Movimentação e locomoção
3	Auto-cuidado	Lidar com a própria higiene, vestir, comer e permanecer sozinho
4	Relações interpessoais	Interações com outras pessoas
5	Atividades de vida	Responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola
6	Participação	Participar em atividades comunitárias e na sociedade

Fonte: Üstün, Chatterji, Rehm (2010) traduzido por Castro e Leite (2015)

Após uma cuidadosa revisão de instrumentos de pesquisa existentes e de um estudo de aplicabilidade transcultural, os seis domínios foram selecionados e, para todos eles, o WHODAS 2.0 proporciona um perfil e uma medida geral de funcionalidade e deficiência que é confiável e aplicável transculturalmente, em todas as populações adultas. (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010, CASTRO; LEITE, 2015).

O WHODAS 2.0 tem sido administrado com sucesso em ambientes populacionais e clínicos em uma variedade de culturas diferentes como pôde ser visto no estudo de Federici, Meloni e Lo Presti (2009). Esses autores publicaram uma revisão de literatura internacional do WHODAS, com enfoque nos estudos que avaliaram suas propriedades psicométricas, selecionando 54 estudos desde a publicação do instrumento, em 1988 até 2008. Destes, apenas oito testaram as propriedades psicométricas do instrumento.

A utilização cada vez mais generalizada do modelo biopsicossocial em nível internacional provocou, nos últimos anos, aumento da utilização das novas ferramentas de avaliação, sobretudo WHODAS 2.0. Isto envolveu a necessidade de, primeiramente, analisar com precisão as propriedades psicométricas do instrumento, e em particular a sua confiabilidade, estabilidade, consistência interna, validade convergente e estrutura fatorial. (FEDERICI; MELONI; LO PRESTI, 2009).

O processo de validação de instrumentos de avaliação é de grande importância, para a obtenção de medidas psicométricas que possibilitam o uso de uma versão traduzida e validada da ferramenta para a população alvo. (BUIST-BOUWMAN; et al, 2008). Em contrapartida, as

medidas psicométricas também podem contraindicar o uso da ferramenta para a população analisada. (POLIT; HUNGLER, 1991).

O processo de validação compreende algumas modalidades distintas como confiabilidade e validade. A confiabilidade mostra o quanto um teste é livre de erros, ou apresenta resultados próximos à realidade (JENSEN, 2003), que podem ser representados pela sua coerência e constância nos resultados. (MARTINS, 2006). A validade, por outro lado, mostra a adequação, o sentido e a utilidade de uma medida para uma finalidade específica (JENSEN, 2003), além de ter relação com a capacidade do instrumento de aferir realmente o que ele se propõe a medir. (MARTINS, 2006).

De acordo com Martins (2006), um instrumento pode ser confiável quando apresentar os mesmos resultados todas as vezes que for aplicado. Porém, não significa dizer que seja válido, pois os resultados podem ser repetidamente equivocados. Por outro lado, todo instrumento que é válido deverá ser confiável, pois todas as aferições serão reais e se repetirão desde que a variável a ser aferida não tenha sofrido mudanças. (MARTINS, 2006).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão atualizada de artigos científicos que realizaram a validação da *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), na intenção de se observar o rigor científico envolvido nestes processos que validam versões do instrumento em subgrupos específicos.

MÉTODOS

O presente estudo se caracteriza como sendo uma revisão sistemática atualizada, no qual foram realizadas a seleção e avaliação de artigos sobre validação do WHODAS 2.0. Inicialmente, realizou-se um mapeamento dos artigos publicados entre 2009 a 2015, nas seguintes bases de dados: *Pubmed*, *Science Direct*, *Lilacs* e no Portal de Periódicos CAPES. Este período foi determinado no presente estudo, porque em 2009, Federici, Meloni e Lo Presti publicaram uma revisão da literatura do WHODAS sobre as validações existentes desde sua publicação até 2008.

A busca ocorreu de setembro a novembro de 2015, utilizando-se os descritores em língua inglesa: *Validation studies*, *Psychometrics*, *Validity of tests*, juntamente com “WHODAS”. Como critérios de inclusão para seleção dos artigos, foram adotados: (a) artigos originais em idioma inglês; (b) avaliação das propriedades psicométricas do instrumento; (c)

emprego do instrumento em participantes com idade ≥ 18 anos; (d) publicações de validação do WHODAS a partir de 2009.

Para selecionar os estudos foi feita uma leitura seletiva dos títulos e resumos dos artigos identificados. Nos casos em que apenas a leitura do título e do resumo não fosse suficientemente esclarecedora, houve a leitura do artigo na íntegra. Foram retirados os artigos duplicados nas bases de dados, selecionando assim, os artigos pertinentes ao assunto da revisão – validação e propriedades psicométricas do WHODAS 2.0.

Os dados foram descritos de acordo com os seguintes aspectos: ano e local de desenvolvimento do mesmo, número e tipo de participantes, versão utilizada do WHODAS 2.0 (36 itens, 12 itens, com remoção de algum item ou domínio), propriedades psicométricas testadas e principais resultados. Após a categorização das informações, realizou-se uma discussão dos artigos selecionados focando nos resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos utilizados na presente revisão. Foram encontrados 352 artigos, sendo que desses, dezessete atenderam aos critérios estabelecidos nos critérios de inclusão.

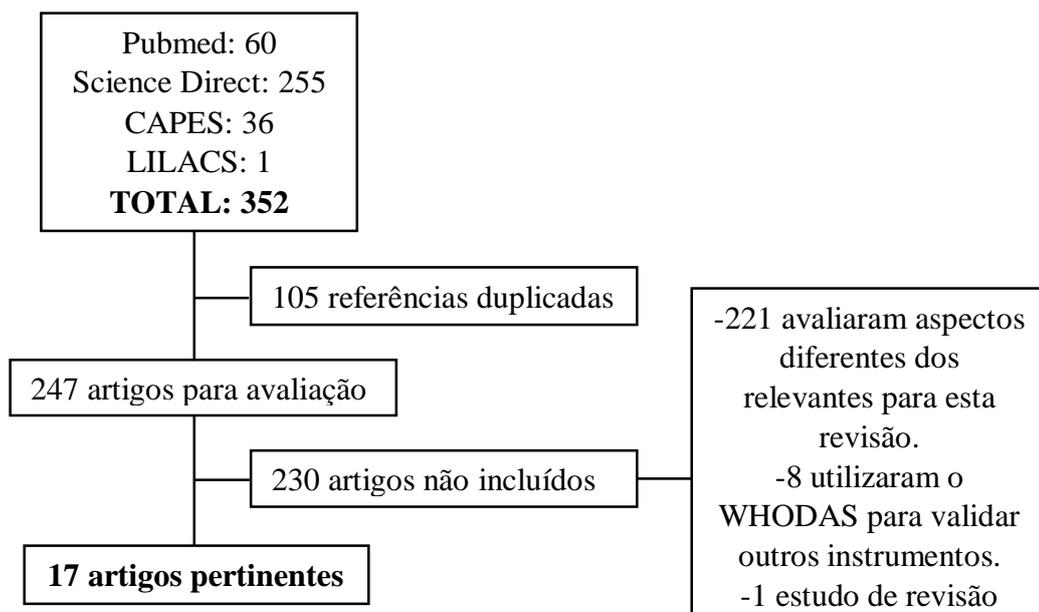


Figura 1 - Processo de seleção dos artigos.

Os artigos foram avaliados e categorizados na Tabela 1 especificando, ano e local de desenvolvimento do mesmo, o número e tipo de participantes, versão utilizada do WHODAS 2.0, propriedades psicométricas e principais resultados.

De acordo com a Tabela 1, observa-se a evolução das publicações sobre validação do WHODAS 2.0: em 2010 três artigos, 2011 um artigo, 2012 e 2013 dois artigos a cada ano, 2014 cinco artigos e em 2015 três artigos. Os estudos de validação do WHODAS 2.0 vêm aumentando desde o artigo de revisão publicado por Federici, Meloni e Lo Presti (2009), na qual identificaram, de 1988 até 2008, somente oito artigos.

A primeira versão do instrumento foi desenvolvida para uso em pessoas com transtornos psiquiátricos. A partir da concepção biopsicossocial vinda com a criação da CIF em 2001, o instrumento sofreu alterações, na qual, a nova versão, o WHODAS 2.0, ampliou a possibilidade de utilização do mesmo para populações distintas. (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

No estudo de Federici, Meloni e Lo Presti (2009) foram encontradas validações na Espanha, Turquia, Coréia, Canadá, EUA e Alemanha, envolvendo diversas populações: adultos saudáveis, idosos, pessoas com esquizofrenia, com esclerodermia, com deficiência auditiva, com desordens mentais diversas, distúrbios musculoesqueléticos, AVC, câncer de pulmão e depressão. No presente estudo, verificou-se que a Espanha e a Itália foram os países que realizaram o maior número de estudos de validação do WHODAS 2.0. Na Espanha, os estudos foram em pessoas com doenças crônicas (GARIN, et al., 2010), esquizofrenia (GUILERA, et al., 2012) e transtorno bipolar (GUILERA, et al., 2015) e na Itália, em pessoas saudáveis e com deficiência física, sensorial ou mental (FEDERICI, et al., 2009), submetidos à neurocirurgia (SCHIAVOLIN, et al., 2014) e com esclerose múltipla (MAGISTRALE, et al., 2015).

Nassi-Caló (2015), com objetivo de produzir indicadores sobre a evolução, a contribuição e o impacto da pesquisa nos países da Europa, realizou um estudo que revelou que o Reino Unido, a Holanda, a França, a Itália e a Espanha, entre outros, possuem sólida tradição em pesquisa.

Tabela 1 - Estudos de validação do WHODAS 2.0 (2009 – 2015).

ANO	AUTOR	LOCAL	VERSÃO WHODAS	PARTICIPANTES	N	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS TESTADAS	PRINCIPAIS RESULTADOS
2009	Federici, S.; et al.	Itália	36 itens	Adultos saudáveis e pessoas com deficiência (motora, sensorial e mental)	500	Consistência interna; Estrutura fatorial.	O WHODAS é um instrumento útil para medir funcionalidade em pessoas normais e com deficiência.
2010	Garin, O.; et al.	Espanha	36 itens e 32 itens	Pessoas com doenças crônicas	1119	Consistência interna; Confiabilidade teste re-teste; Validade de critério.	Os resultados demonstram o WHODAS como um instrumento de medida de deficiência.
2010	Meesters, J.J.; et al.	Holanda	36 itens e 32 itens	Pessoas com artrite reumatóide	85	Consistência interna; Validade de critério.	O WHODAS parece ser consistente internamente, válido, responsivo e utilizável para avaliar incapacidade em pacientes com AR.
2010	Sousa, R. M.; et al.	7 países de baixa e média renda.	12 itens entrevista	Idosos	14991	Estrutura fatorial.	Os resultados apoiam fortemente que o WHODAS de 12 itens é uma escala unidimensional e hierárquica.
2011	Kutlay, S.; et al.	Turquia	36 itens e 32 itens	Pessoas com osteoartrite de joelho	225	Consistência interna; Confiabilidade teste re-teste; Validade de critério.	O WHODAS é um instrumento confiável e válido para medir a incapacidade e componentes de "atividades" e "participação" em pacientes com osteoartrite.
2012	Guilera, G.; et al.	Espanha	36 itens e 32 itens	Pessoas com Esquizofrenia	352	Consistência interna; Confiabilidade teste re-teste; Validade de critério.	A versão espanhola do WHODAS mostrou ampla evidência de validade em pacientes com esquizofrenia.

2012	Wolf, A. C.; et al.	Austrália	32 itens	Pessoas com lesão medular	63	Consistência interna; Validade de critério; Validade de constructo.	Este estudo forneceu suporte preliminar para a confiabilidade e validade do WHODAS em uma população com lesão medular.
2013	Küçükdeveci, A. A.; et al.	Turquia	36 itens e 32 itens	Pacientes pós Acidente Vascular Cerebral (AVC)	188	Consistência interna; Validade de critério.	O WHODAS é um instrumento válido e confiável para medir a incapacidade e componentes de "atividade" e "participação" nos sobreviventes de AVC.
2013	Zhao, H. P.; et al.	China	32 itens	Pacientes com câncer de mama primário em quimioterapia	402	Consistência interna; Validade de critério; Estrutura fatorial.	A versão chinesa do WHODAS é válida e confiável para medir a limitação de atividade e restrição de participação em pacientes com câncer de mama.
2014	Schiavolin, S.; et al.	Itália	12+24 itens	Pacientes submetidos à neurocirurgia	321	Consistência interna; Estrutura fatorial.	Os resultados confirmam estrutura fatorial e validade de WHODAS -12 em pacientes neurocirúrgicos italianas
2014	Tazaki, M.; et al.	Japão	36 e 12 itens	Idosos	321	Consistência interna; Validade de critério.	O WHODAS II-J é um instrumento válido e confiável para avaliação da função da população idosa no Japão.
2014	Kirchberger, I.; et al.	Alemanha	12 itens	Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	2077	Validade de critério.	A versão de 12 itens WHODAS é viável para aplicação em uma amostra de pessoas com IAM.

2014	Chiu, T. Y.; et al.	China	36 itens	Adultos	307	Consistência interna; Confiabilidade teste re- teste; Validade de critério; Validade de constructo.	A versão chinesa do WHODAS fornece evidências valiosas para a concepção do instrumento de avaliação.
2014	Downing, N. R.; et al.	EUA	36 itens	Pessoas com Doença de Huntington (DH)	726	Consistência interna; Validade de critério.	O WHODAS pode identificar diferenças em pessoas com DH e podem ser úteis em ensaios clínicos de DH.
2015	Carlozzi, N. E.; et al.	EUA	12 itens	Pessoas com Doença de Huntington	477	Estrutura fatorial; Consistência interna; Validade de critério.	Os resultados fornecem suporte para a confiabilidade e a validade do WHODAS 2.0 em indivíduos com DH.
2015	Magistrale, G.; et al.	Itália	36 itens	Pessoas com Esclerose múltipla (EM)	136	Consistência interna; Validade de critério.	O WHODAS é um instrumento válido e confiável para a avaliação da incapacidade de paciente com EM.
2015	Guilera, G.; et al.	Espanha	36 itens	Pacientes com transtorno bipolar	291	Consistência interna; Estrutura fatorial; Validade de critério.	A versão espanhola WHODAS tem propriedades psicométricas adequadas.

Fonte: elaborada pela autora.

Várias versões do WHODAS 2.0 foram utilizadas para validação principalmente, a versão de 36 itens, por ser a mais completa. Porém, de acordo com o Manual para utilização do WHODAS 2.0 (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010 traduzido por CASTRO; LEITE, 2015) a versão de 12 itens é útil para avaliações breves da funcionalidade geral em inquiridos e estudos de desfechos em saúde, em situações nas quais a limitação de tempo não permite a aplicação da versão mais longa. A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão de 36 itens.

Os três estudos que realizaram a validação com a versão de 12 itens foram o de Carlozzi et al. (2015) justificou sua utilização por já ter sido realizada validação da versão 36 itens por Downing et al. (2014); Kirchberger et al. (2014) defendeu ser mais viável e altamente correlacionado com a versão original, ou seja, não prejudicam as informações aferidas; por fim Sousa et al. (2010) que realizou a validação em 7 países de baixa e média renda, afirmou que ambas versões (36 itens e 12 itens) cobrem os seis domínios e, portanto, para o número de participantes envolvidos em sua pesquisa, seria mais viável.

Alguns itens do WHODAS 2.0 não são possíveis de serem avaliados devido à limitação da população, ainda assim, o instrumento se mostra flexível para essas populações mantendo sua validade em todos os casos. Pode-se observar na Tabela 2, que oito estudos omitiram alguma questão ou domínio.

Tabela 2 – Estudos que utilizaram versões do WHODAS 2.0 com omissão dos itens relacionados ao trabalho (32 itens).

ESTUDO	CONDIÇÃO DA POPULAÇÃO	JUSTIFICATIVA
MEESTERS; et al., 2010	Artrite reumatóide	A versão de 32 itens foi voltada somente para pessoas sem atividade de escola ou trabalho
GARIN; et al., 2010	Doenças crônicas	
KUTLAY; et al., 2011	Osteoartrose joelho	
GUILERA; et al., 2012	Esquizofrenia	
KÜÇÜKDEVECİ; et al., 2013	Acidente vascular cerebral	
WOLF; et al., 2012	Lesão medular	44% dos participantes não trabalhavam ou não estudavam
ZHAO; et al., 2013	Câncer de mama	Dados em falta na população.

Fonte: elaborada pela autora.

A utilização da pontuação de 32 itens (com omissão dos itens relacionados ao trabalho) é citada no Manual para utilização do WHODAS 2.0 (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010 traduzido por CASTRO; LEITE, 2015) justificada quando a amostra da validação possuir alguma condição que os impeçam de trabalhar, como em doenças crônicas, artrite, esquizofrenia, acidente vascular cerebral, lesão medular, câncer de mama em quimioterapia.

O WHODAS 2.0 é um instrumento genérico voltado para qualquer tipo de população, independente de possuir algum diagnóstico médico. Por esse motivo, pôde-se observar na Tabela 1, as diversas populações em que o mesmo foi validado, tais como, idosos e adultos saudáveis, ou ainda com alguma deficiência ou doença específicas – psiquiátricas, neurológicas, cardíacas, genéticas.

Por ser um instrumento genérico, ele não tem como foco uma doença específica – podendo ser utilizado, por exemplo, para comparar deficiências advindas de diferentes doenças. Extensivos testes de campo foram conduzidos em todo o mundo e revelaram que o WHODAS 2.0 tem boa confiabilidade que permanece consistente com tipos diferentes de populações. (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010, CASTRO; LEITE, 2015).

O estudo que apresentou uma amostra considerável de participantes de diferentes países foi o de Sousa et al. (2010), na qual entrevistaram 14991 idosos de sete países de baixa e média renda (ambientes urbanos em Cuba, República Dominicana e Venezuela, e ambientes rurais e urbanos no México, Peru, China e Índia). Em sentido oposto, o estudo com menor número de participantes foi na Austrália (WOLF et al., 2012), com 63 pessoas com lesão medular. Em ambos os estudos, o WHODAS 2.0 se mostrou um instrumento válido para avaliação da funcionalidade, porém, Wolf et al. (2012), destacam a importância de estudos de validação com maiores amostras.

O tamanho da amostra recomendado está diretamente relacionado com a precisão das estimativas obtidas. Amostras muito pequenas produzirão incertezas maiores para os resultados estimados. Por outro lado, amostras grandes incidirão em maiores custos de obtenção. No entanto, na Área de Saúde, o número de participantes é, em geral, limitado, não só por questões éticas, mas pela própria dificuldade de coleta. (COUTO JUNIOR, 2009).

Em relação à validação, de acordo com a Tabela 1, o estudo de Chiu, et al. (2014) foi o que testou o maior número de propriedades psicométricas: Consistência Interna, Confiabilidade teste re-teste, validade de critério e validade de constructo. Outros estudos testaram apenas duas ou três propriedades, enquanto os estudos de Sousa, et al. e Kirchberger, et al. (2014), testaram apenas a validade de critério como propriedade psicométrica.

A propriedade psicométrica predominante foi a consistência interna, encontrado em 15 dos 17 estudos. A consistência interna é uma forma de medida baseada na correlação entre diferentes itens no mesmo teste. Ela afere se os itens de um mesmo construto geral produzem resultados semelhantes (BUIST-BOUWMAN, et al., 2008). Partindo do princípio de que o WHODAS 2.0 é dividido em domínios, espera-se que os itens de um mesmo domínio relacionem-se entre si, ou seja, tenham boa consistência interna.

De uma forma geral, todos os estudos analisados concordaram que o WHODAS 2.0 é um instrumento útil para a avaliação da deficiência e funcionalidade em uma variedade ampla de contextos clínicos.

No Brasil ainda não foram encontrados estudos de validação do WHODAS 2.0, pois o mesmo foi traduzido para a versão brasileira em 2015 (CASTRO; LEITE). Por conseguinte, seria desejável, desenvolver estudos de validação, a fim de determinar mais precisamente a utilidade do WHODAS 2.0 para a população brasileira.

CONCLUSÃO

Os estudos encontrados sobre validação do WHODAS 2.0 de 2009 a 2015, testaram, em sua maioria, duas ou três propriedades psicométricas e o consideraram um instrumento válido e confiável para avaliação da deficiência e funcionalidade em distintos.

REFERÊNCIAS

- BUIST-BOUWMAN, M. A.; et al. Psychometric properties of the World Health Organization disability assessment schedule used in the European Study of the Epidemiology of mental disorders. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 17(4):185-97, 2008.
- CARLOZZI, N. E.; et al. Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). **Quality Life Research**, 24:1963–1971, 2015.
- CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). **Organização Mundial da Saúde**, [s.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/paginas/curso/cod/1532/t/PROJETO+WHODAS>.
- CHATERJI, S.; ÜSTUN, B.; BICKENBACH, J.E. What is disability after all? **Disability and Rehabilitation** 21: 396-8, 1999.
- CHIU, T. Y.; et al. Development of traditional Chinese version of World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 36 – item (WHODAS 2.0) in Taiwan: Validity and reliability analyses. **Research in Developmental Disabilities**, 35(11):2812-20, 2014.
- COUTO JUNIOR, E. B. **Abordagem não-paramétrica para cálculo do tamanho da amostra com base em questionários ou escalas de avaliação na área de saúde [tese]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
- DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 11(2): 324-335, 2008.
- DOWNING, N. R., et al. WHODAS 2.0 in prodromal Huntington disease: Measures of functioning in neuropsychiatric disease. **European Journal of Human Genetics** 22, 958–963, 2014.
- FEDERICI, S.; MELONI, F.; LO PRESTI, A. International Literature Review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). **Life Span and Disability**, 12(1): 83-110, 2009.
- FEDERICI, S. et al. World Health Organization Disability Assessment Schedule II: contribution to the Italian Validation. **Disability & Rehabilitation**, 31 (7): 553-64, 2009.
- GARIN, O.; et al.; Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. **Health and Quality of Life Outcomes** 8: 51, 2010.
- GUILERA, G.; et al. Disability in bipolar I disorder: the 36-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. **Journal of Affective Disorders**, 15; 174: 353-60, 2015.
- GUILERA, G.; et al. Utility of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 138 (2-3): 240-7, 2012.

JENSEN, M. P. Questionnaire validation: a brief guide for readers of the research literature. **The Clinical Journal of Pain**, 19 (6), 345–52, 2003.

KIRCHBERGER, I.; et al. Feasibility and psychometric properties of the German 12-item WHODAS in a population based-sample of patients with myocardial infarction from MONICA/KORA myocardial infarction registry. **Population Health Metrics**, 12:27, 2014.

KÜÇÜKDEVECI, A. A.; et al. The reliability and validity of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-II) in stroke. **Disability & Rehabilitation**, 35(3): 214–220, 2013.

KUTLAY, S.; et al. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. **Rheumatology International**. 31(3):339-46, 2011.

MAGISTRALE, G.; et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. **Multiple Sclerosis Journal**, 21(4), 448-456, 2015.

MARTINS, G. D. A. Sobre Confiabilidade e Validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, 20 (8): 1–12, 2006.

MEESTERS, J. J.; et al. Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients. **Rheumatology**: Oxford, 49 (2): 326-33, 2010.

NASSI-CALÒ, L. Indicadores bibliométricos da produção científica europeia. **SciELO em Perspectiva**. [viewed 22 December 2015]. Available from: <http://blog.scielo.org/blog/2015/11/05/indicadores-bibliometricos-da-producao-cientifica-europeia>.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Nursing Research: Principles and Methods. **Philadelphia**: JB Lippincott, 1991.

SCHIAVOLIN, S.; et al. Disability in Italian neurosurgical patients: validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule. **International Journal of Rehabilitation Research**, 37(3):267-70, 2014.

SOUSA, R. M.; et al. Measuring disability across cultures--the psychometric properties of the WHODAS II in older people from seven low- and middle-income countries. The 10/66 Dementia Research Group population-based survey. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 19(1): 1–17, 2010.

TAZAKI, M.; et al. Measuring functional health among the elderly: development of the Japanese version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. **International Journal of Rehabilitation Research**, 37 (1): 48-53, 2014.

ÜSTÜN, T., CHATTERJI, S.; REHM, J. Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. **WHO**, [s.l: s.n.], 2010.

WOLF, A. C.; et al. The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II: reliability and validity in the measurement of activity and participation in a spinal cord injury population. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 44: 747–755, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Family Development Committee.
Implications for the ICD of the ICF: Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications. Bethesda, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO psychiatric disability assessment schedule.** Geneva, WHO, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II):** development, psychometric testing and applications. Bulletin of the World Health Organization, 2010.

ZHAO, H. P.; et al. Activity limitation and participation restrictions of breast cancer patients receiving chemotherapy: psychometric properties and validation of the Chinese version of the WHODAS 2.0. **Quality of Life Research**, 22:897–906, 2013.

2.2 ARTIGO 2

VALIDAÇÃO DO “*WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE*” (WHODAS 2.0) - VERSÃO BRASILEIRA PARA USO EM PESSOAS COM CEGUEIRA

VALIDATION OF THE “WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE” (WHODAS 2.0) - BRAZILIAN VERSION FOR USE IN PERSONS WITH BLINDNESS

Laís Sampaio Silveira¹

Nuno Miguel Lopes de Oliveira²

Karina Pereira³

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba/MG.

² Docente do Instituto de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia Aplicada. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba/MG.

³ Docente do Instituto de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia Aplicada e Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba/MG.

Resumo

O WHODAS 2.0 é um instrumento criado pela OMS para medida de funcionalidade e deficiência, apoiado no modelo da CIF. A versão brasileira do instrumento WHODAS 2.0 foi traduzida e disponibilizada para uso pela OMS no ano de 2015. Assim, o presente estudo tem como objetivo validar a versão brasileira do WHODAS 2.0 para o uso em pessoas com cegueira. Participaram 56 pessoas com cegueira com idade média de 48,4 (\pm 13,6) anos. Foram utilizados dois instrumentos de avaliação, o WHODAS 2.0 na versão de 36 itens e o WHOQoL. As propriedades psicométricas testadas foram consistência interna, confiabilidade teste re-teste e inter-avaliadores e validade de critério. Houve boa confiabilidade teste re-teste ($CCI \geq 0,63$) e inter-avaliadores ($CCI \geq 0,65$). O coeficiente “alfa de Cronbach” apresentou baixa consistência interna somente no domínio de atividades escolares ou do trabalho ($\alpha = 0,22$). A validade de critério foi adequada, com correlações moderadas aos domínios do WHODAS 2.0 com os domínios do WHOQoL. Assim, os resultados indicaram o instrumento WHODAS 2.0 como válido para avaliação da funcionalidade de pessoas com cegueira.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência. Estudos de Validação. Psicometria. Cegueira.

Abstract

The WHODAS 2.0 is a tool developed by WHO for measuring functioning and disability, supported the ICF model. The Brazilian version of WHODAS 2.0 instrument was translated and made available for use by WHO in 2015. Thus, this study aims to validate the Brazilian version of WHODAS 2.0 for use in blind. Participated 56 people with blindness with a mean age of 48.4 (\pm 13.6) years. Two assessment tools were used, the WHODAS 2.0 in the version of 36 items and the WHOQoL. The psychometric properties tested were internal consistency, test-retest and inter-rater reliability and criterion validity. There was a good test re-test reliability ($CCI \geq 0,63$) and inter-rater reliability ($CCI \geq 0,65$). The coefficient "Cronbach's alpha" had low internal consistency only in the field of school activities or work ($\alpha = 0,22$). The criterion validity was adequate with moderate correlations to areas of WHODAS 2.0 with areas of WHOQoL. Thus, the results indicated the WHODAS 2.0 instrument as valid for assessing the functionality of people with blindness.

Keywords: Disability Evaluation. Validation Studies. Psychometrics. Blindness.

INTRODUÇÃO

A deficiência visual total denomina-se cegueira ou amaurose. O termo cegueira não é absoluto, pois agrupa indivíduos com vários graus de visão residual. Neste tipo de deficiência, há limitação da visão em níveis incapacitantes para realização de tarefas do dia a dia (MOREIRA, 2014). Em geral, as causas mais frequentes de cegueira são glaucoma congênito, a retinopatia da prematuridade, a rubéola, dentre outras. Também pode ser desencadeada por doenças ou traumas que atingem os olhos, entre elas destacam-se: ambliopia; catarata; retinose pigmentar; retinose diabética; oncocercose e tracoma. (MOREIRA, 2014).

Cada indivíduo apresenta diferentes formas para lidar com a perda da visão. Existem inúmeros aspectos a serem observados e que influenciarão diretamente na absorção e na aceitação da condição de cegueira como: a faixa etária em que ocorreu a perda; a forma como se operou tal mudança - se através de manifestação progressiva, por um acometimento mais rápido, ou como resultado de um trauma ou acidente, dentre outras. (TORRES; MAZONI; MELO, 2007).

Desde as primeiras civilizações, pessoas com deficiência foram excluídas do convívio social, tomadas como um peso para a sociedade, colocadas em confinamento e à margem do processo produtivo. (MARANHÃO, 2005). Diante desse exposto, vislumbrou-se a importância dessa população ser corretamente avaliada para uma inclusão e adaptação no meio social.

A partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2001), a OMS elaborou um outro instrumento de avaliação genérica para medir a saúde e a deficiência entre as culturas, denominado *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0). Estudos sistemáticos de campo foram realizados para determinar sua aplicabilidade, confiabilidade e validade transculturalmente, bem como a sua utilidade nas pesquisas em serviços de saúde. (WHO, 2010).

Em 2015, o WHODAS 2.0 foi traduzido no Brasil por Castro e Leite, e algumas pesquisas sobre a validação do instrumento foram iniciadas na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Este é o primeiro estudo em que as propriedades psicométricas da versão brasileira do WHODAS 2.0 foram investigadas em um grupo específico de pacientes com cegueira.

O processo de validação é o que permite (ou contraindica) que o instrumento traduzido seja utilizado posteriormente, para determinada população com suas medidas fidedignas e confiáveis. (JENSEN, 2003; BUIST-BOUWMAN; et al, 2008).

O instrumento WHODAS 2.0 validado para pessoas com cegueira, poderá nortear trabalhos de inserção dessas pessoas no ambiente social, além de proporcionar a disponibilização de um instrumento confiável na aferição de sua funcionalidade. Os pesquisadores e os clínicos poderão ter medidas do estado funcional de forma mais adequada, coerente com uma abordagem biopsicossocial, como o recomendado pela OMS. Para fins de saúde pública, este estudo fornecerá uma ferramenta adequada e confiável para avaliação de saúde e deficiência, e assim, definir prioridades, analisar os resultados e avaliar a eficácia e o desempenho dos sistemas de saúde.

Tendo em vista os fatos apresentados, o objetivo desse estudo é analisar as propriedades psicométricas da versão brasileira do WHODAS 2.0 para o uso em pessoas com cegueira.

MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de validação. De acordo com as normas adotadas em pesquisas realizadas com seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (parecer nº 948.994, data de 03/02/2015) e para participar da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) que foi lido ou fornecido em braile para os leitores dessa modalidade.

LOCAIS DE ESTUDO

Os locais para coleta de dados foram selecionados a partir de um levantamento realizado sobre as Instituições referentes no trabalho com pessoas deficientes visuais. Como referências próximas, identificou-se as cidades de Uberaba e Uberlândia (Minas Gerais), e Ribeirão Preto (São Paulo). A partir deste levantamento, as instituições que autorizaram a realização do estudo foram (Anexo 2): Instituto de Cegos do Brasil Central (ICBC), Uberaba/MG; Associação de Deficientes Visuais de Ribeirão Preto e Região (ADEVIRP), Ribeirão Preto/SP; Associação dos Deficientes Visuais de Uberlândia (ADEVIUDI), Uberlândia/MG.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deveriam apresentar diagnóstico de cegueira congênita ou adquirida atestado pelo laudo oftalmológico.

Para garantir um nível de cognição mínimo para a compreensão das questões dos instrumentos utilizados pelos entrevistadores, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), com adaptação do item de habilidade construtiva de desenho de um pentágono para a montagem da figura geométrica com mini bastões de madeira; do item leitura para leitura de uma frase em braile; e do item nomeação por identificação visual para identificação tátil, necessárias para permitir a execução por um deficiente visual. Os participantes deveriam apresentar pontos de corte que garantam maior especificidade do teste, os quais serão considerados os valores: <20 para analfabetos; <25 para sujeitos com 1 a 4 anos de escolaridade; <26,5 para participantes com 5 a 8 anos de escolaridade; <28 com 9 a 11 anos de ensino; <29 para participantes com mais de 11 anos de escolaridade. Esses valores foram norteados por outro estudo (BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI, 2003), e são utilizados com frequência em estudos epidemiológicos.

Não foram incluídos participantes que apresentaram alguma doença ou distúrbio secundário que interferisse na funcionalidade como doenças cardiorrespiratórias, circulatórias, neurológicas, mentais e/ou auditivas assim como problemas ortopédicos.

Inicialmente, o número de participantes para a validação do instrumento seria de 100 indivíduos, que permite a obtenção de um IC-95%. Foram feitos sorteios a partir de um lista inicial de 110 associados fornecidas pelas instituições para uma coleta proporcional em cada local.

Ao entrar o contato com as pessoas cadastradas nas instituições, verificou-se que muitos dados estavam desatualizados o que inviabilizou o convite de muitos associados para participação do estudo. Foram contactadas 75 pessoas, das quais 18 não foram incluídas (MEEM abaixo do ponto de corte ou doenças secundárias presentes) ou se recusaram participar (Figura 1). Totalizaram 56 pessoas com cegueira comprovada com laudo oftalmológico, com idade média de 48,4 (\pm 13,6) anos.

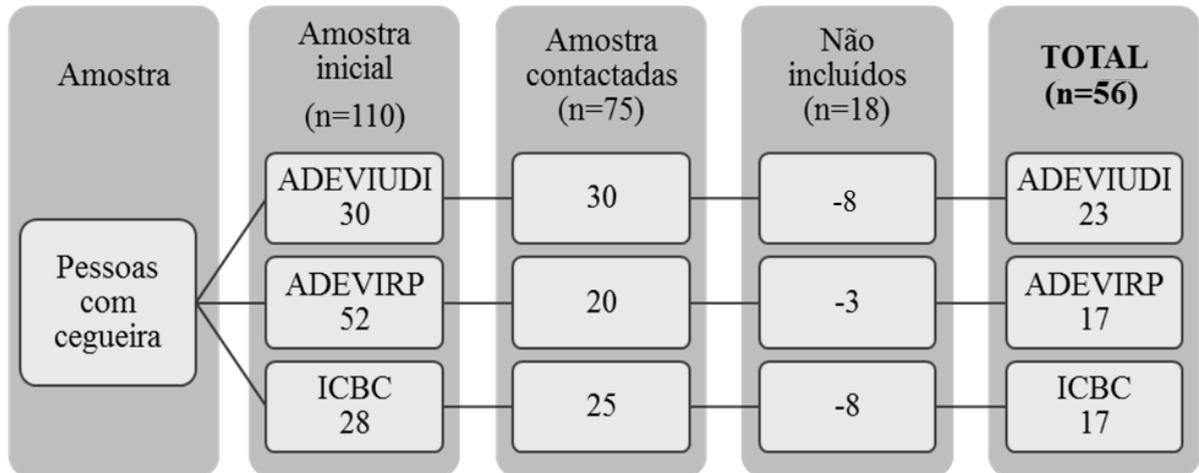


Figura 1 – Processo de seleção dos participantes

MATERIAIS

Para este estudo foram utilizados dois instrumentos de avaliação: WHODAS 2.0 e WHOQoL-abreviado e um ficha para coleta de dados pessoais elaborada pelos autores do estudo. Durante a avaliação utilizou-se um gravador (iPhone 5s) e as respostas foram registradas em formulário impresso.

WHODAS 2.0

O WHODAS 2.0 possui três versões com três modalidades de aplicação, no presente estudo foi utilizada a versão mais completa com 36 itens, aplicada por entrevistadores (Anexo 3). Para realizar o estudo, os entrevistadores passaram por um treinamento, visando evitar possíveis divergências na aplicação do instrumento.

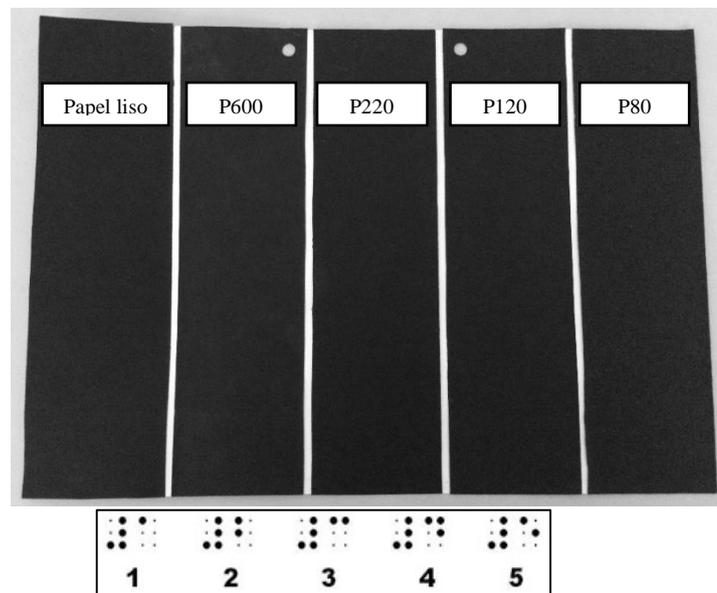
Foram utilizados todos os seis domínios: 1 – Cognição, 2 – Mobilidade, 3 – Auto-cuidado, 4 – Relações interpessoais, 5 – Atividades de Vida e 6 – Participação.

De acordo com o manual de aplicação do WHODAS 2.0, dois cartões resposta são usados na modalidade administrada por entrevistadores. O propósito dos cartões resposta é oferecer uma dica ou lembrete visual ao respondente sobre informações importantes enquanto se responde às perguntas. (CASTRO; LEITE, 2015).

O Cartão resposta nº1 oferece informações acerca de: condições de saúde (doenças, enfermidades, lesões, problemas mentais ou emocionais, problemas com álcool ou drogas), e do que considera ser dificuldades (esforço aumentado, desconforto ou dor, lentidão, alterações

no modo de você fazer a atividade). Neste momento, o avaliador comenta ao respondente que deve-se considerar o período dos últimos 30 dias até a presente entrevista. Como a população deste estudo são pessoas com cegueira, foi utilizado reforço verbal para substituir este cartão.

O Cartão resposta nº2 oferece uma escala de resposta para ser usada para a maioria das perguntas. Deve-se ler em voz alta o número e a palavra correspondente. Os respondentes podem apontar sua resposta na escala ou oferecer resposta verbal, embora o último seja preferível. Para a nossa população foi adaptado um cartão de informação tátil (lixa d'água de diferentes gramaturas) e/ou cartão em braile na substituição do original (Figura 2). O esquema adaptado do cartão resposta 2, foi confeccionado baseado na opinião de uma pessoa com cegueira para escolha das gramaturas garantindo que elas se diferenciavam de forma gradual.



Legenda: 1: Nenhuma, 2: Leve, 3: Moderada, 4: Grave, 5: Extrema ou não consegue fazer

Figura 2 - Esquema adaptado do cartão resposta nº2.

WHOQoL-abreviado

O WHOQoL-abreviado foi desenvolvido pelo grupo Qualidade de Vida da OMS devido à necessidade de um instrumento que demandasse menos tempo que o WHOQoL-100 para sua aplicação, mas com características psicométricas satisfatórias para medida de qualidade de vida. (FLECK, et al, 2000).

O WHOQoL-abreviado é constituído por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Foi validada para o Brasil em 2000 (Anexo 4). (FLECK, et al, 2000).

Todas as questões são apresentadas em forma de escala Likert de cinco pontos: quanto mais próximo de 1, pior a qualidade de vida, e quanto mais próximo de 5, melhor a qualidade de vida, com exceção dos itens q3 “dor física”, q4 “tratamento” e q26 “sentimentos negativos” com pontuação inversa.

Ficha de Dados Pessoais

Com o propósito de caracterizar a amostra, foi elaborada uma ficha de avaliação (Apêndice A) contendo dados pessoais como: sexo, data de nascimento, raça, estado civil, endereço, telefone, formação profissional, nível de escolaridade e estado de saúde.

PROCEDIMENTOS

O WHODAS 2.0 foi aplicado por três vezes entre os participantes da pesquisa, com intervalo de sete dias entre cada aplicação, sendo que a última foi feita por um avaliador diferente das duas primeiras (Figura 3).

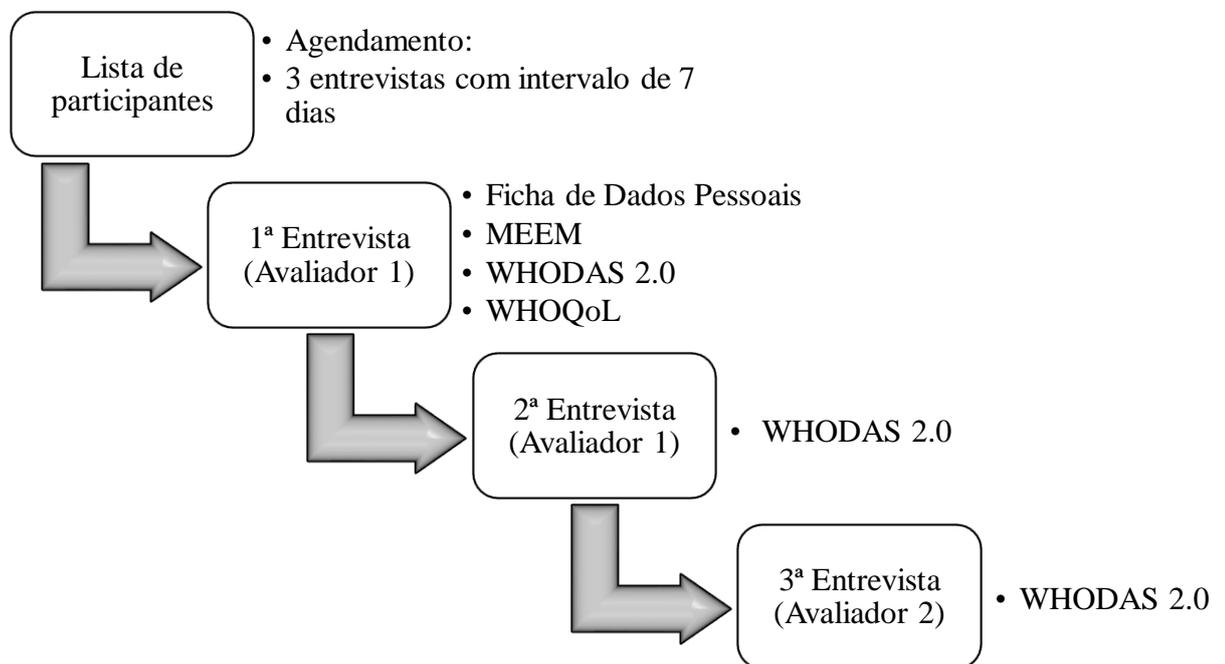


Figura 3 - Procedimentos de coleta dos dados.

O tempo de intervalo entre as duas aferições foi determinado com base no estudo de Üstün (2010), um dos colaboradores na criação do WHODAS 2.0, que utilizou sete dias, visto que, se a segunda aferição for feita em um espaço de tempo muito curto em relação à primeira, o respondente pode estar sujeito ao efeito da memória da primeira aferição, e, se o tempo for longo, poderá ocorrer mudanças nas condições de saúde do indivíduo havendo, assim distorção nas respostas (MARTINS, 2006).

Na primeira avaliação, foram aplicadas todos os instrumentos de avaliação: a Ficha de Dados Pessoais, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o WHODAS 2.0 e o WHOQoL- abreviado. No primeiro contato com cada participante foi agendada as datas das avaliações subsequentes. Ainda, previamente a cada entrevista, realizou-se contato por telefone para confirmação dos horários agendados. A coleta dos dados ocorreram de junho a novembro de 2015.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados no software *Stata* versão 13. Para cada método de validação exposto, verifica-se um processo de análise estatística. O processo de validação de instrumentos de avaliação compreendem a verificação de propriedades psicométricas como pode ser visto na Tabela 1.

Na modalidade de validação da consistência interna, o coeficiente “alfa de Cronbach” maior que 0,80, geralmente são vistos como evidência de que a escala mostra excelente consistência interna e é altamente confiável. (BLAND; ALTMAN, 1997). O valor entre 0,70 e 0,90 sugere que a escala tem adequada consistência interna para a maioria dos fins de investigação, especialmente envolvendo grandes amostras de sujeitos. Alta confiabilidade (maior ou igual a 0,95) geralmente não é desejada, pois indica que os itens podem ser redundantes. Ao se desenhar um instrumento confiável, o objetivo é que resultados em itens semelhantes sejam relacionados (consistência interna), e que cada um contribua com informação inédita. (BUIST-BOUWMAN, et al., 2008). Essa modalidade de processo de validação é dependente de uma única aplicação do instrumento no grupo estudado.

Se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (confiabilidade teste re-teste e inter-avaliadores) apresentar valores entre 1,0 a 0,81, a confiabilidade é considerada excelente; de 0,80 a 0,61, muito boa; de 0,60 a 0,41, boa; de 0,40 a 0,21, razoável e, por fim, de 0,20 a 0,00, pobre. (WEIR, 2005). Para essas modalidades houve a necessidade de mais duas avaliações sendo que uma delas deveria ser realizada por um entrevistador diferente das demais.

Tabela 1 - Modalidades de validação, objetivos, testes e valores de referência.

MODALIDADE	CONSTATA	TESTES	VALORES DE REFERÊNCIA
Consistência Interna	Se os diversos itens que se propõe a medir o mesmo construto geral produzem resultados semelhantes.	Alpha de Cronbach.	α entre: 0,70-0,90 adequada consistência interna; >0,95 itens redundantes (BLAND; ALTMAN, 1997)
Confiabilidade teste re-teste	Estabilidade do instrumento em duas aferições realizadas em períodos diferentes.	Coefficiente de correlação Intraclasse e Teste de correlação de Spearman	Coefficiente entre: 1,0 a 0,81 excelente; 0,80 a 0,61 muito boa; 0,60 a 0,41 boa; 0,40 a 0,21 razoável; 0,20 a 0,00 pobre confiabilidade (WEIR, 2005)
Confiabilidade inter-avaliadores	Se as medidas ou observações efetuadas por avaliadores diferentes são concordantes se mantidas as mesmas condições.		
Validade de Critério Convergente	A relação que o instrumento a ser validado tem com outro instrumento	Coefficiente de correlação	Coefficiente: a partir de 0,70 forte/alta; 0,40 a 0,69 moderada; 0,39 a 0,10 fraca/baixa associação (DANCEY; REIDY, 2013)
Validade de Critério Divergente	A não correlação do conteúdo do instrumento a ser validado com domínios ou campos não correlatos de outros instrumentos.		

Fonte: elaborado pela autora

Na validade de critério, o valor de r está sempre entre -1 e +1, com $r=0$ correspondendo à não associação. Valores de r negativos indicam uma associação inversamente proporcional enquanto positivos indicam associação diretamente proporcional. Quanto maior o valor de r (positivo ou negativo), mais forte a associação. Se for $r = 0,10$ a $0,39$ fraca/baixa, $0,40$ a $0,69$ moderada e a partir de $0,70$ forte/alta associação (DANCEY; REIDY, 2013). Ambas as modalidades envolvidas no processo de validação implicam em uma única aplicação de cada instrumento a ser comparado.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Participaram do estudo 56 pessoas, com idade média de 48,4 (\pm 13,6) anos, sendo 62,5% do sexo masculino. A maioria dos participantes é solteiro (42,9%) seguido por pessoas com união estável (37,5%), divorciados (12,5%), e viúvos (7,1%).

No aspecto relacionado à profissão, 66% dos participantes eram aposentados, 5% estudantes e 29% se enquadraram na opção “outro” que envolviam pessoas que exercem alguma profissão (remunerada ou voluntária), e ainda, pensionistas, do lar, entre outras.

A Tabela 2 mostra a caracterização da amostra segundo o diagnóstico de cegueira, com predomínio de etiologia adquirida (80%).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a etiologia.

ETIOLOGIA	n (%)	CONGÊNITA	ADQUIRIDA
Retinose Pigmentar	13 (23%)	0	13
Glaucoma	10 (18%)	2	8
Descolamento de Retina	5 (9%)	0	5
Atrofia do Nervo Óptico	4 (7%)	1	3
Mal Formação Congênita	4 (7%)	4	0
Não Soube Informar	4 (7%)	1	3
Lesão/trauma	3 (5%)	0	3
Câncer	3 (5%)	0	3
Retinopatia Diabética	3 (5%)	0	3
Toxoplasmose	2 (4%)	0	2
Iatrogenia	2 (4%)	1	1
Retinopatia da Prematuridade	2 (4%)	2	0
Ceratocone	1 (2%)	0	1
TOTAL	56 (100%)	11 (20%)	45 (80%)

Fonte: elaborada pela autora

VALIDAÇÃO DO WHODAS 2.0

Os dados dos 36 itens foram verificados estatisticamente em cada um de seus domínios e organizados em tabelas. A tabela 3 evidencia os resultados para consistência interna (CI), teste re-teste e inter-avaliadores.

Tabela 3 – Testes para Validação do WHODAS 2.0

WHODAS 2.0	N	CI		TESTE-RETESTE		INTER-AVALIADORES	
		α de Cronbach	CCI (IC 95%)	Correlação de Spearman	CCI (IC 95%)	Correlação de Spearman	
Cognição	56	0,78	0,59 (0,32-0,87)	0,7544*	0,66 (0,41-0,90)	0,8334*	
Mobilidade	55	0,73	0,78 (0,58-0,99)	0,8964*	0,78 (0,58-0,99)	0,8685*	
Auto-cuidado	51	0,79	0,85 (0,65-0,99)	0,7926*	0,68 (0,31-0,99)	0,7378*	
Relações interpessoais	52	0,65	0,73 (0,47-0,98)	0,7605*	0,65 (0,34-0,96)	0,7256*	
Atividades domésticas	55	0,87	0,63 (0,31-0,95)	0,7275*	0,81 (0,62-0,99)	0,8731*	
Atividades escolares ou do trabalho	18	0,22	0,50 (0,02-0,98)	0,9258*	0,95 (0,89-0,99)	0,9884*	
Participação	55	0,74	0,63 (0,40-0,86)	0,8463*	0,79 (0,63-0,94)	0,8412*	
Total	16	0,88	0,73 (0,54-0,92)	0,8966*	0,85 (0,74-0,96)	0,9329*	

Legenda: * $p < 0,05$; N = quantas pessoas responderam a todas as perguntas de cada domínio; N **total** = quantas responderam a todas as perguntas do WHODAS 2.0; CI = Consistência Interna, CCI = Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC 95% = Intervalo de confiança de 95%.

No teste de consistência interna o coeficiente “alfa de Cronbach” para cada domínio variou de 0,22 até 0,87. Para pontuação total foi verificado “alfa de Cronbach” de 0,88. Estes valores sugerem que a escala tem adequada consistência interna para a maioria dos fins de investigação. O coeficiente “alfa de Cronbach” identificou apenas para o domínio de atividades escolares ou do trabalho a pontuação de 0,22, indicando baixa consistência interna para o mesmo, justificado pelo baixo número de respondentes para essas questões.

Em relação a confiabilidade teste re-teste houve boa confiabilidade ($CCI \geq 0,63$) na maioria dos domínios, exceto o domínio cognição ($CCI = 0,59$) e atividades escolares ou do trabalho ($CCI = 0,50$) no qual também verificou-se maior intervalo de confiança (0,02-0,98). O CCI analisa igualdade entre as respostas e, devido à escala possuir cinco opções de resposta, foi realizado teste de correlação de Spearman, buscando tendência entre os resultados. Para este teste verificou-se alta confiabilidade em todos os domínios do WHODAS 2.0 ($\geq 0,7275$).

No teste inter-avaliadores averiguou boa confiabilidade ($CCI \geq 0,65$) em todos os domínios, assim como, no teste de correlação de Spearman.

Na tabela 4, para a validade de critério convergente e divergente, foi realizada correlação dos domínios do WHODAS 2.0 com os domínios do WHOQoL-abreviado. Considerou-se para classificação dos coeficientes de correlação: 0,10 a 0,39 fraca/baixa, 0,40 a 0,69 moderada e a partir de 0,70 forte/alta associação (DANCEY; REIDY, 2013).

Tabela 4 - Correlação WHODAS 2.0 com WHOQoL.

WHOQoL	WHODAS 2.0 – Domínios							
	1	2	3	4	5(1)	5(2)	6	Total
DF	-0,4445*	-0,6001*	-0,3303*	-0,4353*	-0,4014*	-0,0089	-0,5308*	-0,6180*
DP	-0,2830*	-0,2972*	-0,2386	-0,4754*	-0,3270*	-0,0176	-0,4348*	-0,4694*
DS	-0,1833	0,0251	-0,1575	-0,2248	-0,3352*	-0,0566	-0,2415	-0,2526
DA	-0,2928*	-0,2382	-0,1827	-0,2881*	-0,2689*	-0,1605	-0,3355*	-0,4001*
TOTAL	-0,3714*	-0,3390*	-0,3155*	-0,4752*	-0,4501*	-0,0914	-0,4919	-0,5641*

Legenda: * $p < 0,05$; em negrito (correlação moderada/significativa); Domínios WHODAS 2.0 - 1 – Cognição, 2 – Mobilidade, 3 – Auto-cuidado, 4 – Relações Interpessoais, 5(1) – Atividades domésticas, 5(2) – Atividades escolares ou do trabalho, 6 – Participação. WHOQoL - DF: Domínio Físico, DP: Domínio Psicológico, DS: Domínio Social e DA: Domínio Ambiental.

Foi observada valores de r negativos na maioria das associações, isso ocorreu pois o WHODAS 2.0 e o WHOQoL possuem pontuação inversa. No que se refere à intensidade da relação dos coeficientes, não houve correlação forte entre os instrumentos. Como validade convergente, o domínio mobilidade do WHODAS 2.0 apresentou moderada correlação significativa ($r = -0,60$) com o domínio físico do WHOQoL. Do mesmo modo, o domínio relações interpessoais apresentou correlação moderada e significativa ($r = -0,43$) com o domínio psicológico.

O domínio físico do WHOQoL apresentou, em sua maioria, correlações moderadas com os domínios do WHODAS 2.0, não sendo significativo apenas em atividades escolares ou do trabalho. Outros domínios do WHODAS que apresentaram correlação moderada com o WHOQoL foram: domínios cognição e mobilidade do WHODAS 2.0 apenas com domínio físico do WHOQoL ($r = -0,44$ e $-0,60$, respectivamente); relações interpessoais do WHODAS 2.0 com os domínios físico e psicológico e a pontuação total do WHOQoL ($r = -0,43$, $-0,47$ e $-0,47$, respectivamente); as atividades domésticas do WHODAS com o domínio físico e pontuação total do WHOQoL ($r = -0,40$ e $-0,45$, respectivamente); a participação com os domínios físico e psicológico do WHOQoL ($r = -0,53$ e $-0,43$, respectivamente); e a pontuação total do WHODAS

com o domínio físico, psicológico, ambiental e total do WHOQoL ($r=-0,62$, $-0,47$, $-0,40$ e $-0,56$, respectivamente).

Para validade divergente pode-se observar que não houve correlação significativa entre o domínio cognitivo do WHODAS 2.0 e o domínio social do WHOQoL ($r=-0,18$), entre o domínio mobilidade do WHODAS 2.0 com os domínios social e ambiental do WHOQoL ($r=-0,02$ e $r=-0,24$, respectivamente), entre o domínio auto-cuidado do WHODAS 2.0 com os domínios psicológico, social e ambiental do WHOQoL ($r=-0,24$, $r=-0,16$ e $r=-0,18$, respectivamente). Como foi baixo o número de pessoas que responderam ao domínio relacionado ao trabalho, o mesmo não foi significativamente relacionado com nenhum item do WHOQoL.

DISCUSSÃO

O presente estudo, apresentou elevado rigor científico, já que foi testada cinco propriedades psicométricas, diferenciando-se de recentes estudos de validação do WHODAS 2.0, os quais, testaram, em sua maioria, duas ou três propriedades (FEDERICI, et al., 2009; GARIN, et al., 2010; MEESTERS, et al., 2010; KUTLAY, et al., 2011; GUILERA, et al., 2012; WOLF, et al., 2012; KÜÇÜKDEVECİ, et al., 2013; ZHAO, et al., 2013; SCHIAVOLIN, et al., 2014; TAZAKI, et al., 2014; DOWNING, et al., 2014; CARLOZZI, et al., 2015; MAGISTRALE, et al., 2015; GUILERA, et al., 2015).

O instrumento se mostrou com adequada consistência interna em cinco dos seis domínios, exceto o domínio relacionado ao trabalho. Devido ao perfil da população ser de pessoas com deficiência visual, em sua maioria aposentados (66%), os itens relacionados ao trabalho tiveram suas informações prejudicadas. Nabais et al. (2000) cita que a dificuldade de colocação profissional, que é enfrentada por uma parcela significativa de brasileiros, com relação ao deficiente visual é agravada pela infundada crença de que a deficiência afeta todas as funções do indivíduo. Além disso, desconhecendo as diversas atividades possíveis de serem realizadas pela pessoa com deficiência visual, temem problemas de integração com o grupo de trabalho ou a ocorrência de acidentes e preocupam-se com o custo de adaptações e aquisição de equipamentos especiais. Outro fator citado pelos autores é a falta de qualificação profissional de grande parte dessas pessoas, ocasionada pela ausência de ações voltadas para a preparação

profissional dos deficientes, e pela dificuldade de acesso dos mesmos aos cursos existentes. (NABAIS, et al., 2000).

Importante ressaltar que:

A Previdência Social concede o benefício da aposentadoria por invalidez com o objetivo de substituir a remuneração do empregado que está incapacitado total e definitivamente para o exercício de qualquer atividade que lhe garanta sobrevivência, podendo iniciar imediatamente ou ser precedido de auxílio-doença. (BRASIL, 1991).

Portanto, para o Brasil, a maioria de cegos aposentados é uma realidade justificada, já que a cegueira está incluída nas condições da lei de aposentadoria por invalidez sendo portanto, um direito dessas pessoas. Essas informações justificam a baixa consistência interna obtida no domínio atividades escolares ou de trabalho do WHODAS 2.0.

Houve boa confiabilidade teste re-teste e inter-avaliadores para utilização do WHODAS 2.0 na referida população. Estes resultados são consistentes com outros estudos que utilizaram essa modalidade de validação em outras populações (CHISOLM, et al., 2005; BARON, et al., 2008; KUTLAY, et al., 2011; GUILERA, et al., 2012; SCORZA, et al., 2013).

Da mesma forma, a validade de critério foi adequada, com correlações moderadas aos domínios do WHODAS 2.0 que se relacionam com os domínios do WHOQoL. Sugerindo que os instrumentos, apesar de correlacionar-se, são complementares, utilizados com objetivos diferentes.

O Manual para utilização do WHODAS 2.0 cita que existe uma relação entre esses instrumentos, contudo, enquanto o WHODAS 2.0 avalia medidas de funcionalidade, o WHOQoL avalia medidas subjetivas de bem-estar. Idealmente, os mesmos domínios de vida devem ser usados em ambos os instrumentos. Assim o WHODAS 2.0 investiga o que uma pessoa "faz" em um determinado domínio, enquanto o WHOQOL, o que a pessoa "sente" nesse domínio (ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010, CASTRO; LEITE, 2015).

Os resultados recomendam que, o instrumento WHODAS 2.0 é válido para avaliação da funcionalidade de pessoas com cegueira, e pelo fato do domínio atividades escolares/trabalho ter apresentado baixa consistência interna, sugere-se cuidado na utilização deste item ou a sua retirada do estudo. O mesmo foi sugerido por alguns estudos que validaram o WHODAS 2.0 em outras línguas para populações com artrite reumatoide (MEESTERS; et al., 2010), doenças crônicas (GARIN; et al., 2010), osteoartrose de joelho (KUTLAY; et al., 2011), esquizofrenia (GUILERA; et al., 2012), acidente vascular cerebral (KÜÇÜKDEVECİ; et al., 2013), lesão medular (WOLF; et al., 2012) e câncer de mama (ZHAO; et al., 2013).

Vale ressaltar que mesmo com uma amostra pequena, o presente estudo comprovou a validação do instrumento WHODAS 2.0 para utilização em pessoas com cegueira, todavia sugere-se estudos com amostras maiores.

CONCLUSÃO

Após testadas as propriedades psicométricas consistência interna, confiabilidade teste re-teste, confiabilidade inter-avaliadores, validade de critério convergente e validade de critério divergente comprovou-se que o WHODAS 2.0 é válido e confiável para medida de funcionalidade de pessoas com cegueira.

REFERÊNCIAS

- BARON, M.; et al. The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. **Arthritis & Rheumatology**, 15;59(3):382-90, 2008.
- BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 52:1-7, 1994.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistics notes: Cronbach's alpha. **British Medical Journal**, v.314, n.7080, p. 572, 1997.
- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm>. Acesso em: 24 jan. 2016.
- BUIST-BOUWMAN, M. A.; et al. Psychometric properties of the World Health Organization disability assessment schedule used in the European Study of the Epidemiology of mental disorders. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 17(4):185-97, 2008.
- CARLOZZI, N. E.; et al. Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). **Quality Life Research**, 24:1963–1971, 2015.
- CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). **Organização Mundial da Saúde**, [s.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/paginas/curso/cod/1532/t/PROJETO+WHODAS>.
- CHISOLM, T. H.; et al. The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. **Trends in Amplification**, 9(3):111-26, 2005.
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- DOWNING, N. R., et al. WHODAS 2.0 in prodromal Huntington disease: Measures of functioning in neuropsychiatric disease. **European Journal of Human Genetics** 22, 958–963, 2014.
- FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, abr. 2000.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**. 12:189-98, 1975.

GARIN, O.; et al.; Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. **Health and Quality of Life Outcomes** 8: 51, 2010.

GUILERA, G.; et al. Disability in bipolar I disorder: the 36-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. **Journal of Affective Disorders**, 15; 174: 353-60, 2015.

GUILERA, G.; et al. Utility of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 138 (2-3): 240-7, 2012.

JENSEN, M. P. Questionnaire validation: a brief guide for readers of the research literature. **The Clinical Journal of Pain**, v. 19, n. 6, p. 345–52, 2003.

KÜÇÜKDEVECİ, A. A.; et al. The reliability and validity of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-II) in stroke. **Disability & Rehabilitation**, 35(3): 214–220, 2013.

KUTLAY, S.; et al. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. **Rheumatology International**. 31(3):339-46, 2011.

MAGISTRALE, G.; et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. **Multiple Sclerosis Journal**, 21(4), 448-456, 2015.

MARANHÃO, Rosane de Oliveira. **O portador de deficiência e o direito do trabalho**. São Paulo: LTR, p.22, 2005.

MARTINS, G. D. A. Sobre Confiabilidade e Validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 8, n. 20, p. 1–12, 2006.

MEESTERS, J. J.; et al. Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients. **Rheumatology**: Oxford, 49 (2): 326-33, 2010.

MOREIRA, L. Cegueira sobre a Visão Médica. In: MOSQUERA, C. (Org). **Deficiência visual: do currículo aos processos de reabilitação**. p. 67-92. Curitiba: Editora do Chain, 2014.

NABAIS, M. L. de M.; MARTINS, C. L. A.; MONTEIRO, M. A.; GALHEIRA, W. G. Estudo profissiográfico: o encaminhamento do deficiente visual ao mercado de trabalho. **Revista Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, 15(6), 2000.

SCHIAVOLIN, S.; et al. Disability in Italian neurosurgical patients: validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule. **International Journal of Rehabilitation Research**, 37(3):267-70, 2014.

SCORZA, P.; et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule for Children, WHODAS-Child" in Rwanda. **PLoS One**. 8 (3): e57725, 2013.

TAZAKI, M.; et al. Measuring functional health among the elderly: development of the Japanese version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. **International Journal of Rehabilitation Research**, 37 (1): 48-53, 2014.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A.; MELLO, A. G. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. **Educação e Pesquisa**, 33(2), 369-386, 2007.

ÜSTÜN, T., CHATTERJI, S.; REHM, J. Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. **WHO**, [s.l: s.n.], 2010.

WEIR, J. P. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. **The Journal of Strength & Conditioning Research**, 19(1):231-40, 2005.

WOLF, A. C.; et al. The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II: reliability and validity in the measurement of activity and participation in a spinal cord injury population. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 44: 747–755, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II):** development, psychometric testing and applications. Bulletin of the World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Family Development Committee. **Implications for the ICD of the ICF:** Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications. Bethesda, 2001.

ZHAO, H. P.; et al. Activity limitation and participation restrictions of breast cancer patients receiving chemotherapy: psychometric properties and validation of the Chinese version of the WHODAS 2.0. **Quality of Life Research**, 22:897–906, 2013.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou a validação do WHODAS 2.0 em 17 países com diferentes populações e faixas etárias, testando, em sua maioria, duas ou três propriedades psicométricas, mostrando o interesse dos pesquisadores em investigar a funcionalidade em pessoas com condições de saúde distintas.

A versão brasileira do WHODAS 2.0 para pessoas com cegueira foi considerada válida e confiável, com adequada consistência interna para a maioria dos domínios, com exceção do domínio de atividades escolares ou de trabalho, que foi mencionado pelos autores como um domínio não recomendado. Na validade de critério houve correlação moderada entre o WHODAS 2.0 e o WHOQoL, demonstrando que os instrumentos são complementares porém utilizados com objetivos diferentes.

Este estudo investigou as propriedades psicométricas da versão brasileira do WHODAS 2.0 em pessoas com cegueira, validando a utilização do instrumento para medida de funcionalidade dessa população.

REFERÊNCIAS

- AMIRALIAN, M. L. T.; et. al. Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**, 34 (1): 97-103, 2000.
- BATTISTELLA, L.R.; BRITO, C. M. M. Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Acta Fisiátrica**, 9(2): 98-101, 2002.
- BRASIL. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: resultados preliminares do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ap&tema=censodemog2010_defic>. Acesso em: 22 jul. 2014.
- BRUMER, A.; PAVEI, K.; MOCELIN, D. G. Saindo da "escuridão": perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. **Sociologias**, 6 (11), 300-327, 2004.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8(2): 187-93, 2005.
- FEDERICI, S.; MELONI, F.; LO PRESTI, A. International Literature Review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). **Life Span and Disability**, 12(1): 83-110, 2009.
- FEDERICI, S. et al. World Health Organization Disability Assessment Schedule II: contribution to the Italian Validation. **Disability & Rehabilitation**, 31 (7): 553-64, 2009.
- FERREIRA, P. L.; MARQUES, F.B. **Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais**. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 1998.
- ICD-10. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010**. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H54.2>>. Acesso em: ago. 2014.
- MASINI, E. F. S. A educação do portador de deficiência visual: as perspectivas do vidente e do não vidente- 1 In: Alencar, EML. **Tendência e desafios da deficiência visual**. Brasília: MEC/SEESP; p. 193, 1994.
- MOREIRA, L. Cegueira sobre a Visão Médica. In: MOSQUERA, C. (Org). **Deficiência visual: do currículo aos processos de reabilitação**. p. 67-92. Curitiba: Editora do Chain, 2014.
- NUNES, S. da S.; LOMONACO, J. F. B. Desenvolvimento de conceitos em cegos congênitos: caminhos de aquisição do conhecimento. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)** [online]. 12 (1) 119-138, 2008.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Nursing Research: Principles and Methods. **Philadelphia**: JB Lippincott, 1991.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSE, N. A perda da visão: estratégias de prevenção. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. [online] vol.67, n.4, p. 597-601, 2004.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A.; MELLO, A. G. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. **Educação e Pesquisa**, 33(2), 369-386, 2007.

ÜSTÜN, T., CHATTERJI, S.; REHM, J. **Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0**. WHO, 2010. [s.l: s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization; 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Family Development Committee. **Implications for the ICD of the ICF: Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications**. Bethesda, October; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II): development, psychometric testing and applications**. Bulletin of the World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health report 2000**. Geneva, WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of classification relating to the consequences of disease**. Geneva: WHO, 1980.

APÊNDICES

Apêndice A - Ficha de Dados Pessoais

<u>Ficha de avaliação</u>	
<u>Identificação</u>	Data: _____
Nome: _____	Nº _____
Sexo: () Masculino () Feminino	
Data de nascimento: ___/___/_____	Idade: _____
Raça: () Branco () Negro () Pardo () Amarelo Naturalidade: _____	
Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viuvo () amasiado	
Endereço: _____	
E-mail: _____	
Telefones: () _____ / () _____	
 <u>Formação profissional</u>	
Profissão: _____ Tempo de profissão: _____	
Precisa de alguma adaptação no trabalho? () Sim () Não	
Profissão anterior: _____ Período: ___/___/_____ a ___/___/_____	
Está ou não procurando emprego? () Sim () Não	
 <u>Nível de escolaridade</u>	
Escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo () Pós-graduação	
Estou em escola pública ou particular?	
A escola oferecia algum tipo de apoio para estudar? Braille, computadores?	
 <u>Estado de saúde</u>	
Diagnóstico Clínico:	

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS MAIORES DE IDADE

Título do Projeto: **VALIDAÇÃO DA ESCALA WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA USO EM PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA E ADQUIRIDA**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “VALIDAÇÃO DA ESCALA WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA USO EM PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA E ADQUIRIDA”. Os avanços na área ocorrem por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é validar para a população brasileira com cegueira a escala WHODAS 2.0, que avalia o desempenho funcional e caso você participe, será necessário responder ao questionário. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número ou letra.

Necessitaremos de sua participação em três momentos (entrevistas). Caso não seja possível, por diversos motivos, os dados não poderão ser utilizados para a pesquisa em questão.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Título do Projeto: **VALIDAÇÃO DA ESCALA WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA USO EM PESSOAS COM CEGUEIRA CONGÊNITA E ADQUIRIDA**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi os objetivos do estudo e os procedimentos que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

.....,/...../.....

Assinatura do voluntário

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato do principal pesquisador:

Laís Sampaio Silveira: (34) 9307 9585

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ético em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

Anexo 2 – Autorização das instituições parceiras

**DECLARAÇÃO**

A coordenação do Instituto de Cegos do Brasil Central – ICBC – Uberaba/MG.

O Instituto de Cegos do Brasil Central – ICBC, representado por Mauro Humberto Elias autoriza a realização do Projeto de pesquisa **“WHO Disability Assessment Scale (WHODAS 2.0): Tradução e validação para uso na população brasileira”** realizado por docentes e discentes do Curso de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na Instituição, o qual esta localizada na Rua Marques do Para, 351. Bairro: Estados Unidos. CEP: 38015-170. Uberaba (MG) - Tel.: +55 (34) 3321-5546. Não havendo custos para a associação e, na medida do possível, nenhuma interferência na operacionalização das atividades cotidianas da mesma.

Uberaba, 02 de junho de 2014.

INSTITUTO DE CEGOS DO BRASIL CENTRAL


Mauro Humberto Elias - Presidente

Assinatura do Responsável (CARIMBO)



Av. Leais Paulista, 706. Bairro: Jardim Irajá. CEP: 14020-650. Ribeirão Preto (SP)

DECLARAÇÃO

A coordenação da Associação dos deficientes visuais de Ribeirão Preto e região – ADEVIRP

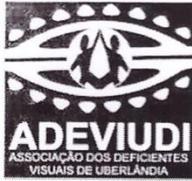
A Associação dos deficientes visuais de Ribeirão Preto e região – ADEVIRP representado por Marlene Taveira autoriza a realização do Projeto de pesquisa “**WHO Disability Assessment Scale (WHODAS 2.0): Tradução e validação para uso na população brasileira**” realizado por docentes e discentes do Curso de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na Instituição, o qual esta localizada na Av. Leais Paulista, 706. Bairro: Jardim Irajá. CEP: 14020-650. Ribeirão Preto (SP) - Tel.: +55 (16) 3916-4655. Não havendo custos para a associação e, na medida do possível, nenhuma interferência na operacionalização das atividades cotidianas da mesma.

Uberaba, 30 de maio de 2014.

Marlene T. C. C. C.

Assinatura do Responsável (CARIMBO)

Marlene Taveira C. C. C.
RUBENS
Presidente ADEVIRP



ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS DE UBERLÂNDIA

AV. Segismundo Pereira, 1355- Santa Mônica- fone: (34)3236-1774
CEP: 38408-170- Uberlândia- MG- e-mail: adeviud@hotmail.com
CNPJ: 21.237.425/0001-99

DECLARAÇÃO

A **Associação dos Deficientes Visuais de Uberlândia - ADEVIUDI**, representado por Ivando Pereira de Araújo, autoriza a realização do Projeto de pesquisa "WHO Disability Assessment Scale (WHODAS 2.0): Tradução e validação para uso na população brasileira" realizado por docentes e discentes do Curso de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na Instituição, o qual esta localizada na Rua Segismundo Pereira, 1355. Bairro: Santa Mônica. CEP: 38408-170. Uberlândia (MG) - Tel.: +55 (34) 3236-1774. Não havendo custos para a associação e, na medida do possível, nenhuma interferência na operacionalização das atividades cotidianas da mesma.

Uberlândia, 03 de Junho de 2014.

Ivando Pereira de Araújo

Ivando Pereira de Araújo
Presidente ADEVIUDI



ADEVIUDI – Associação dos Deficientes Visuais de Uberlândia
Av. Segismundo Pereira, 1355 . Santa Mônica . Uberlândia – MG
CEP: 38408-170 Fone: (0xx34) 3236-1774
CNPJ: 21.237.425/0001-99

Anexo 3 – WHODAS 2.0 – Versão 36 questões administrada por entrevistada

**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão de 36 itens, administrada por entrevistador**Introdução**

Este documento foi desenvolvido pela equipe de *Classificação, Terminologia e Padronizações* da OMS, com a estrutura do Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade - OMS/ Institutos Nacionais de Saúde.

Antes de usar este instrumento, os entrevistadores devem ser treinados usando o manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010), que inclui um guia de entrevista e outros materiais de treinamento.

As versões de entrevistas disponíveis são as que se seguem:

- 36 itens – Administrada por entrevistador^a
- 36 itens – Auto-administrada
- 36 itens – Administrada ao *proxy*^b
- 12 itens – Administrada por entrevistador^c
- 12 itens – Auto-administrada
- 12 itens – Administrada ao *proxy*^b
- 12+24 itens – Administrada por entrevistador

^a Uma versão computadorizada da entrevista (*iShell*) está disponível para entrevistas assistidas por computador ou para a entrada de dados.

^b Parentes, amigos ou cuidadores.

^c A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão mais detalhada de 36 itens.

Para mais detalhes das versões, por favor, consulte o WHODAS 2.0 manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010).

Permissões para tradução deste instrumento em qualquer idioma devem ser obtidas da OMS, e todas as traduções devem ser preparadas de acordo com as diretrizes para tradução da OMS, como detalhado no manual de acompanhamento.

Para informações adicionais, por favor, visite www.who.int/whodas ou contate:

Dr T Bedirhan Üstün
Classification, Terminology and Standards
Health Statistics and Informatics
World Health Organization (WHO)
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Este questionário contém a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista.

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta.

O texto a ser lido para o entrevistado está escrito

em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

<i>Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista</i>				
F1	Número da identidade do entrevistado			
F2	Número da identidade do entrevistador			
F3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)			
F4	Data da entrevista	_____	_____	_____
		dia	mês	ano
F5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 15-20 minutos.

Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga:

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	Anote o sexo da pessoa conforme observado	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade?	_____ anos	
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, faculdade ou universidade?	_____ anos	
A4	Qual é o seu estado civil atual? (Escolha a melhor opção)	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho? (Escolha a melhor opção)	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2
		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)	9



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36
Entrevista

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

Dê o cartão resposta nº1 ao(à) respondente e diga:

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

Aponte para o cartão resposta nº1 e explique que a “dificuldade em fazer uma atividade” significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(à) respondente:

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você costuma fazer.

Dê o cartão resposta nº2 ao(à) respondente e diga:

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta nº1 e nº2 durante toda a entrevista.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre [compreensão e comunicação](#).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2 para o(a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1 Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos ?	1	2	3	4	5
D1.2 Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3 Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4 Aprender uma nova tarefa , por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5 Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6 Começar e manter uma conversa ?	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.1 Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos ?	1	2	3	4	5
D2.2 Levantar-se a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2.3 Movimentar-se dentro de sua casa ?	1	2	3	4	5
D2.4 Sair da sua casa ?	1	2	3	4	5
D2.5 Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 3 Auto-cuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.1	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
D4.4	Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4.5	Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...

Página 6 de 10 (versão de 36 itens, administrada por entrevistador)



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 5 Atividades de vida

5(1) Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1	Cuidar das suas <u>responsabilidades domésticas</u> ?	1	2	3	4	5
D5.2	Fazer <u>bem</u> as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.01	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as <u>tarefas domésticas</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	-------------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

Mostre cartões resposta nº1 e nº2

		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
	Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:					
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7	<u>Fazer</u> todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8	Fazer todo o trabalho na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5
D5.9	Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2
D5.10	Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você <u>deixou de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	------------------------------

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36
Entrevista

Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Medidas de avaliação propostas para o D6

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações de outros?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto <u>tempo você</u> gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto <u>você</u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u> ?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº1

Condições de saúde:

- **Doenças, enfermidades ou outros problemas de saúde**
- **Lesões**
- **Problemas mentais ou emocionais**
- **Problemas com álcool**
- **Problemas com drogas**

Ter dificuldade com atividades significa:

- **Esforço aumentado**
- **Desconforto ou dor**
- **Lentidão**
- **Alterações no modo de você fazer a atividade**

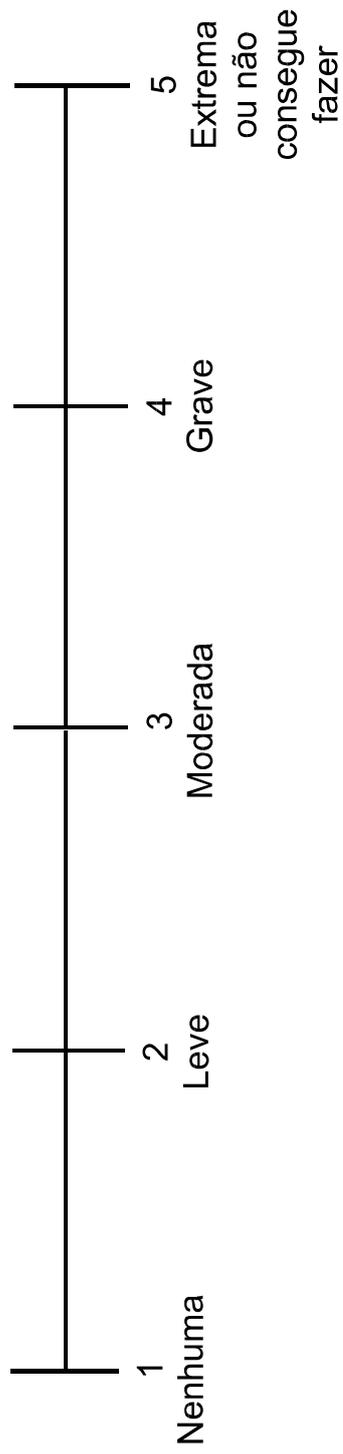
Pense somente nos últimos 30 dias.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº2



Anexo 4 - WHOQoL abreviado (versão validada para o Brasil)

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	alguns vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO