



**Daniela Sofia da Cruz  
Domingues**

**Validação do WHODAS 2.0 – 12 itens versão  
Portuguesa, aplicada via telefone e em suporte  
digital, em pessoas com 50 ou mais anos**





**Daniela Sofia da Cruz  
Domingues**

**Validação do WHODAS 2.0 – 12 itens versão  
Portuguesa, aplicada via telefone e em suporte  
digital, em pessoas com 50 ou mais anos**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia com especialização em Gestão de Equipamentos Sociais, realizada sob a orientação científica do Mestre José Alvarelhão, Prof. Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Professora Doutora Margarida Cerqueira, Prof.<sup>a</sup> Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.



Dedico esta dissertação a todas as pessoas que acreditaram em mim e que me apoiaram incondicionalmente ao longo de todo o processo de desenvolvimento da mesma.



## **o júri**

Presidente

**Prof. Doutor José Ignacio Guinaldo Martín**  
Professor auxiliar da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Isabel Maria Damas Brás Dias Ferreira**  
Professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Prof. José Alvarelhão**  
Professor adjunto a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro





## **Agradecimentos**

Ao Mestre José Alvarelhão, pelo apoio e disponibilidade imediata para a orientação deste estudo.

À Professora Doutora Margarida Cerqueira, pela partilha de conhecimento e apoio na realização deste estudo.

À Professora Doutora Maria da Piedade Brandão, pela presença e atenção disponibilizada ao longo do ano letivo.

Ao João, meu namorado, pela presença paciente e disponibilidade constante.



## palavras-chave

Envelhecimento, Incapacidade Funcional, CIF, WHODAS.

## Resumo

**Introdução:** O WHODAS 2.0 – 12 itens é a versão reduzida de um instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde que avalia as limitações nas atividades e restrições da participação, em seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação.

**Objetivo:** Contribuir para a validação do WHODAS 2.0 – 12 itens na versão portuguesa, aplicado via telefone e em suporte digital em pessoas com 50 ou mais anos.

**Métodos:** A versão presencial, telefónica e em suporte digital foi administrada em 31 participantes (14 pessoas institucionalizadas e 17 residentes na comunidade), com um intervalo de três dias entre as aplicações. Foram recolhidos na primeira entrevista os contactos pessoais, dados sociodemográficos e clínicos, bem como, o consentimento informado, livre e esclarecido, dos participantes.

Foram analisadas a consistência interna através do alfa de Cronbach, a concordância entre aplicações através do método de Bland & Altman e do coeficiente de correlação intraclasses, e a discriminação entre níveis de funcionalidade através do teste de Mann-Whitney.

**Resultados:** As aplicações via telefónica e em suporte digital do WHODAS 2.0 – PT12 apresentaram boa consistência interna ( $\alpha=0,93$  para ambas as aplicações).

A concordância para o resultado total entre a aplicação presencial e a aplicação telefónica foi de  $CCI=0,99$  ( $IC95\%=0,98-1,00$ ), e entre a aplicação presencial e em suporte digital foi de  $CCI=0,98$  ( $IC95\%=0,96-0,99$ ). A análise dos gráficos obtidos através do método de Bland & Altman não evidenciou viés sistemático entre qualquer das aplicações.

Verificou-se uma associação entre o resultado total do WHODAS 2.0 – PT12 com a idade. A aplicação via telefone e em suporte digital discrimina diferentes níveis de funcionalidade global entre pessoas com e sem limitações nas Atividades da Vida Diária ( $p<0,001$ ), e entre pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas ( $p<0,001$ ).

**Conclusões:** O WHODAS 2.0 – PT12 itens mostrou-se confiável e válido quando aplicada via telefone e em suporte digital em pessoas com 50 ou mais anos.



## keywords

Aging, Functional Disability, ICF, WHODAS.

## abstract

**Background:** The WHODAS 2.0 is an ICF related instrument developed by the World Health Organization for the assessment of limitations in activities and restrictions in participation in six domains: cognition, mobility, self-care, interpersonal relationships, daily activities and participation.

**Aim:** Contribute to the validation of Portuguese version of WHODAS 2.0 - 12 items for administration by telephone or by digital media for people with 50 or more years.

**Methods:** The face to face, telephone and digital media versions were conducted in 31 participants (14 institutionalized persons and 17 residents in the community), with an interval of three days between applications. In the first interview were collected personal contacts, sociodemographic and clinical data, as well the informed consent. Cronbach's Alpha was used to assess the internal consistency and the agreement between applications was analyzed with Intraclass Correlation Coefficient and Bland & Altman plots. Discriminant validity was also explored.

**Results:** The telephonic and digital media versions of the WHODAS 2.0 – PT12 has shown good internal consistency ( $\alpha=0.93$  for both applications). The agreement for the total result between the face to face application and the telephone application was ICC = 0.99 (95% CI = 0.98 to 1.00), and between the presence application and digital media was ICC = 0.98 (95% CI = 0.96 to 0.99). The Bland and Altman plots revealed no systematic bias between applications.

There was an association between the total result of WHODAS 2.0 - PT12 with age. The application by telephone or by digital media discriminate different levels of overall functioning between persons with and without limitations in Daily Life Activities ( $p<0.001$ ), and between institutionalized and non-institutionalized people ( $p<0.001$ )

**Conclusion:** The WHODAS 2.0 - PT12 is reliable and valid when applied by telephone or by digital media in persons with 50 or more years.



## Abreviaturas

APPC – Associação do Porto de Paralisia Cerebral  
AVDBs – Atividades de Vida Diária Básicas;  
AVDIs – Atividades de Vida Diária Instrumentais;  
AVDs – Atividades de Vida Diária;  
CCI – Coeficiente de Correlação Intraclasse;  
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças;  
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;  
DGS – Direção Geral de Saúde;  
dp – Desvio Padrão;  
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas;  
IC – Intervalo de Confiança;  
Máx. – Máximo;  
Mín. – Mínimo;  
n – Número;  
OMS – Organização Mundial de Saúde;  
Prof. – Professor;  
RAPA – Rapid Assessment of Physical Activity;  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences;  
TAPA – Telephone Assessment of physical Activity;  
TNF – Tabela Nacional da Funcionalidade;  
WHO – World Health Organization;  
WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule.





# ÍNDICE

ÍNDICE.....	17
ÍNDICE DE FIGURAS.....	19
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	19
ÍNDICE DE TABELAS.....	19
INTRODUÇÃO .....	21
<b>I. DA INCAPACIDADE FUNCIONAL À WHODAS 2.0 – 12 ITENS.....</b>	<b>23</b>
1.1. <i>Incapacidade Funcional e sua Avaliação</i> .....	23
1.2. <i>Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde</i> .....	25
1.3. <i>WHODAS 2.0</i> .....	29
1.4. <i>Métodos Alternativos de Recolha de Dados</i> .....	31
<b>II. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO .....</b>	<b>33</b>
2.1. <i>Objetivos</i> .....	33
2.2. <i>Hipóteses do Estudo</i> .....	33
<b>III. METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
3.1. <i>Introdução</i> .....	34
3.2. <i>Participantes e Procedimentos</i> .....	34
3.3. <i>Instrumento de Avaliação</i> .....	35
3.4. <i>Análise de Dados</i> .....	36
3.5. <i>Aspetos Regulamentares e Éticos, Proteção de Dados e Confidencialidade</i> .....	36
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
4.1. <i>Análise da fiabilidade</i> .....	37
4.2. <i>Análise da validade</i> .....	39
<b>V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>VI. CONCLUSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>50</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA PUBMED ENTRE 2003 E 2015 .....	22
<b>FIGURA 2</b> – ESTRUTURA DA CIF (PEREIRA ET AL., 2011) .....	26
<b>FIGURA 3</b> – VISÃO GERAL DA CIF (OMS, 2004). .....	27
<b>FIGURA 4</b> – INTERAÇÕES ENTRE OS COMPONENTES DA CIF (OMS, 2004). .....	28

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – BLAND AND ALTMAN ENTRE OS MÉTODOS PRESENCIAL – TELEFONE .....	39
<b>GRÁFICO 2</b> – BLAND AND ALTMAN ENTRE OS MÉTODOS PRESENCIAL – SUPORTE DIGITAL.....	40

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> - CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHODAS 2.0 (SILVEIRA ET AL., 2013) .....	30
<b>TABELA 2</b> – VANTAGENS E DESVANTAGENS DA ENTREVISTA TELEFÔNICA (IRVINE 2011; CARR E WORTH, 2001) .....	32
<b>TABELA 3</b> – FASES DO ESTUDO .....	34
<b>TABELA 4</b> – CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES .....	37
<b>TABELA 5</b> – DADOS DESCRITIVOS DO WHODAS 2.0 – PT12, SEGUNDO O MÉTODO DE ADMINISTRAÇÃO .....	37
<b>TABELA 6</b> – CONSISTÊNCIA INTERNA DO WHODAS 2.0 - 12 ITENS, MÉTODOS DE APLICAÇÃO VIA TELEFONE E EM SUPORTE DIGITAL .....	38
<b>TABELA 7</b> – COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO INTRACLASSE ENTRE OS MÉTODOS PRESENCIAL - TELEFONE E PRESENCIAL – SUPORTE DIGITAL .....	41
<b>TABELA 8</b> – DADOS DESCRITIVOS DOS DOIS GRUPOS (INSTITUCIONAL E COMUNIDADE) .....	42



## INTRODUÇÃO

Desde o século passado vários países têm assistido a um processo de envelhecimento populacional, especialmente os países desenvolvidos, onde este fenómeno tem ocorrido de forma rápida e abrupta. Portugal, tal como outros países, apresenta uma pirâmide populacional invertida, em que o seu topo encontra-se extremamente envelhecido (INE, 2014).

O envelhecimento é um processo multifatorial e que se manifesta de forma individual, sendo a população idosa um grupo heterogéneo. A tendência atual é a existência de um grande número de pessoas idosas a viverem mais tempo, mas a apresentarem um maior número de estados clínicos crónicos; (devido às patologias crónicas-degenerativas e suas complicações), levando a uma maior prevalência de incapacidade funcional na velhice (Alves, Leite e Machado, 2008).

As projeções apontam para um aumento significativo, a curto prazo, da população idosa funcionalmente incapacitada. Neste sentido, o estudo sobre a avaliação da capacidade funcional torna-se uma questão gerontológica revelante, visto que um dos fatores indispensáveis para envelhecer com qualidade de vida é a manutenção das capacidades e funções dos indivíduos. Tendo surgido como um novo paradigma na área gerontológica porque afeta não apenas o indivíduo, mas toda a família e sociedade. A incapacidade funcional é definida por vários autores pela dificuldade que o indivíduo sente para desempenhar as atividades de vida diária, sendo possível avaliá-la, para além do autorrelato, por instrumentos de avaliação, como por exemplo o Índice de Katz e o Índice de Barthel (Alves, Leite e Machado, 2008; Duca, Silva e Hallal, 2009; Araújo *et al.*, 2007). No entanto, existe uma grande dificuldade em medir e conceitualizar este constructo devido ao seu carácter multidimensional (Alves, Leite e Machado, 2008). Para tal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) de forma a fornecer uma linguagem padronizada que permita uma comunicação entre as disciplinas a nível internacional (Pereira *et al.*, 2011; Nubila e Buchalla, 2008; Fernández-López *et al.*, 2009). Esta classificação define incapacidade como a presença de deficiência, limitação para o desempenho de atividades ou restrição na participação, enquanto a funcionalidade engloba todas as funções do corpo do indivíduo, as atividades a desempenhar e a sua participação (OMS, 2004).

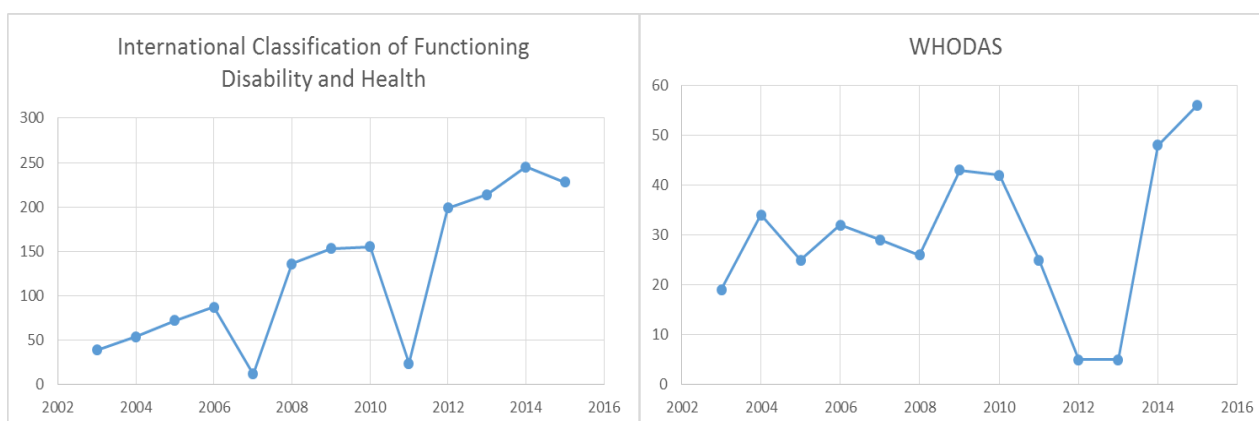
Após o desenvolvimento da CIF, que aborda o estado de saúde como um conceito 'positivo', enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas dentro do contexto dos fatores contextuais, houve a necessidade de se criar um instrumento para medir a incapacidade e a saúde que estivesse ligado conceitual e operacionalmente a esta classificação da OMS (Silveira *et al.*, 2013). Para suprir esta necessidade a OMS desenvolveu o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), para refletir essencialmente a CIF.

O WHODAS 2.0 têm-se mostrado útil para avaliar a saúde e a funcionalidade de uma forma uniformizada na população geral e em grupos específicos. Este instrumento apresenta seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, atividades de vida diária e participação (OMS, 2010). Existem 3 versões do WHODAS 2.0, que diferem no tamanho e na forma de aplicação, que são (OMS, 2010): o WHODAS 2.0 de 36 itens, o WHODAS 2.0 de 12 itens e o WHODAS 2.0 de 12+24 itens. As duas primeiras versões podem ser autoadministradas, administradas em forma de entrevista ou

administradas a um respondente substituto, enquanto a última é possível aplicá-la em forma de entrevista ou por computador.

O WHODAS 2.0 encontra-se disponível em quase todas as línguas, incluindo o português, mas não apresenta um formato aplicável por telefone e em suporte digital, fator que conduziu ao desenvolvimento deste estudo.

Para além do facto citado anteriormente, o WHODAS 2.0 e a CIF assumem uma importância extrema no mundo da investigação da área da saúde. Pode-se visualizar na Figura 1 que desde 2012 houve até então um crescimento significativo sobre a publicação de artigos, na *PubMed*, relacionados com estes dois constructos.



**Figura 1 – Publicação de artigos na Pubmed entre 2003 e 2015**

Assim sendo, o objetivo geral deste estudo é contribuir para a validação do instrumento de avaliação da OMS, da versão portuguesa de 12 itens do *World Health Organization Disability Assessement Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 - PT12)*, aplicado via telefone e aplicado em suporte digital para a população portuguesa com idade igual ou superior a 50 anos.

A presente Dissertação está organizada em seis capítulos e encontra-se estruturada da seguinte forma: Capítulo I – é realizada a revisão da literatura, abordando o tema da funcionalidade, CIF e WHODAS 2.0; Capítulo II – é direcionado para apresentação dos objetivos e hipóteses de estudo; Capítulo III – é referente à metodologia utilizada para a realização do estudo; Capítulo IV – são descritos os resultados obtidos; Capítulo V – é apresentada a discussão dos resultados e, por último, Capítulo VI - é destinado à conclusão, que inclui um pequeno resumo do trabalho, a sistematização dos resultados e os trabalhos futuros que poderão ser desenvolvidos.

## I. DA INCAPACIDADE FUNCIONAL À WHODAS 2.0 – 12 ITENS

### 1.1. Incapacidade Funcional e sua Avaliação

A população idosa constitui um grupo vulnerável no desenvolvimento de quadros clínicos associados a graus de dependência e que colocam em risco a sua capacidade funcional. Com o avanço da idade, a presença de patologias crônicas e, muitas vezes, também, com a presença de dor acarreta significativas consequências funcionais, interferindo nas Atividades de Vida Diária (AVDs) das pessoas idosas e que comprometem a sua qualidade de vida e o seu bem-estar (Pain, 2010; Eggerment *et al.*, 2009). Desta forma, considera-se a funcionalidade como uma (se não a mais) importante componente na independência das pessoas idosas.

O conceito de incapacidade também tem sofrido uma evolução ao longo do tempo. Em 1970, o sociólogo Saad Nagi foi o primeiro a distinguir os quatro conceitos inerentes a incapacidade (Alves, Leite e Machado, 2008). O modelo Nagi dividiu o processo de incapacidade em quatro estágios: o primeiro estágio (a patologia) era caracterizado pela presença de uma condição que ia interromper o processo físico ou mental do corpo humano, o segundo estágio (a deficiência) estava relacionado com as alterações da estrutura ou das funções anátomo-fisiológicas ou psicológicas, o terceiro estágio (as limitações funcionais) resultava das deficiências e consistia numa inabilidade pessoal para desempenhar as tarefas e as atividades consideradas usuais para aquela pessoa e, por último, o quarto estágio (a incapacidade) era caracterizado pela inabilidade ou pela limitação para o desempenho de papéis sociais e de atividades relacionadas com o trabalho, com a família e com a vida quotidiana (Alves, Leite e Machado, 2008). Mais tarde, no seu modelo, Saad Nagi incorporou a incapacidade, no desempenho a nível individual e a incapacidade no desempenho de papéis sociais (Alves, Leite e Machado, 2008). Relativamente ao desempenho, Nagi referiu que era possível concetual e analiticamente referenciar três dimensões: a física, a mental e a emocional (Alves, Leite e Machado, 2008).

A OMS, concomitantemente à Classificação Internacional de Doenças, atualmente na sua décima versão, propôs nos anos 80 do século passado, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, que tinha em conta o impacto da patologia (Nubilla e Buchalla, 2008). Este modelo apresentava a dimensão da deficiência, da incapacidade e da desvantagem. A deficiência correspondia a qualquer perda ou anomalia numa estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica, a incapacidade era definida como qualquer restrição ou falta de habilidade que decorria de uma deficiência para desempenhar uma atividade de uma forma e dentro de um intervalo de tempo considerado normal para o ser humano e, por último, a desvantagem, que surgiria como uma consequência da deficiência ou da incapacidade, ocasionando uma limitação para o desempenho de um dado normal papel social (dependendo da idade, género e fatores culturais) para a pessoa (OMS, 1980). Posteriormente, Verbrugge e Jette (1994) desenvolveram um modelo sobre o processo da incapacidade que associava os dois modelos anteriormente referidos, o do Nagi e o da OMS, e que englobava os seguintes conceitos: a patologia, a deficiência, a limitação funcional e a incapacidade. Segundo estes autores, a patologia (anormalidades biomecânicas e fisiológicas) influi na deficiência (anormalidades em nível anatómico, fisiológico ou mental), que gera limitações

funcionais (restrições nas ações físicas e mentais básicas da vida diária como, por exemplo, andar, subir escadas, ler, ouvir outras pessoas, orientação no tempo e no espaço, memória recente, entre outros), que finalmente causa a incapacidade, (dificuldade em realizar atividades diárias) (Verbrugge e Jette, 1994). Acrescentaram-se a este modelo fatores intra-individuais e extra-individuais que influenciam a presença de incapacidade num determinado indivíduo, podendo retardar ou acelerar o processo (Verbrugge e Jette, 1994). Salienta-se em nota de rodapé, a possibilidade de rutura na sequência do processo, podendo uma pessoa ficar incapaz sem apresentar necessariamente uma deficiência (Verbrugge e Jette, 1994).

Em 2001, a OMS estabeleceu uma nova abordagem para a incapacidade, publicando a CIF, que considera que a incapacidade é uma classificação dos componentes da saúde ao invés de uma classificação da consequência da doença (OMS, 2004). Todavia, Alves, Leite e Machado (2008), que englobam na sua definição algumas terminologias associadas ao conceito de incapacidade como a patologia, a limitação funcional e a desvantagem funcional, referem ainda existir dificuldade em concetualizar e medir a noção de incapacidade devido ao seu carácter multidimensional, dinâmico e complexo. Atualmente o conceito de incapacidade é definido como a dificuldade ou necessidade de ajuda para desempenhar uma atividade/tarefa quotidiana básica ou mais complexa, dentro da extensão normal para a vida humana (Alves, Leite e Machado, 2008; Duca, Silva e Hallal, 2009; Barboda, 2014). Já o conceito de capacidade funcional entende-se como a independência do indivíduo na decisão e na execução de tarefas básicas e instrumentais recorrentes do quotidiano, as quais podem ser comprometidas por situações de patologias ou de envelhecimento (Barbosa, 2015; Correia, 2003). O comprometimento da capacidade da pessoa idosa tem consequências negativas, não só para si, mas para a família e comunidade, uma vez que a incapacidade gera maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para uma diminuição da qualidade de vida e bem-estar. A perda da capacidade funcional revelou-se como a principal causa para a decisão de institucionalização das pessoas idosas (Araújo *et al.*, 2007).

Na avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa devem considerar-se todos os fatores que determinam o estado funcional (Correia, 2003). Neste caso em concreto, destacar-se-á apenas o pequeno grupo, o dos fatores relacionados com a avaliação da independência e da autonomia na realização das AVDs, apontadas como umas das variáveis mais importantes por estarem associadas à qualidade de vida (Santos e Cunha, 2013). De um modo geral, pretende-se avaliar de uma forma rápida se um indivíduo é ou não capaz de desempenhar, de forma independente, atividades indispensáveis à sua vida diária. E, caso não o seja, verificar se essa necessidade pode ser colmatada com ajuda parcial ou total. Ressalva-se ainda que as AVDs têm sido reconhecidas por diversos estudos como as principais medidas da capacidade funcional (Santos e Cunha, 2013).

A capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque em dois domínios: Atividades de Vida Diária Básicas (AVDBs) - que compreendem o lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se, controlar os esfíncteres e comer - e Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDIs) - as tarefas relacionadas com a integração do indivíduo no meio ambiente e que correspondem à utilização do telefone, de transportes, ao levantamento de dinheiro, à realização de compras e à realização de atividades domésticas (Correia, 2003).



No que diz respeito à avaliação das AVDBs, os instrumentos mais utilizados são o Índice de Barthel e o Índice de Katz. O primeiro é um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo na realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e descer escadas (Araújo *et al.*, 2007). Já o segundo é um instrumento para avaliar a independência do indivíduo, através do seu desempenho em seis funções das atividades de vida diária básicas: tomar banho, vestir-se, usar o sanitário, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, incontinência e alimentar-se (Pinheiro *et al.*, 2015).

Em relação às AVDis, o instrumento mais utilizado na área da gerontologia para medir o desempenho do indivíduo é a Escala de Lawton & Brody. Este é um instrumento adequado para avaliar atividades de vida diária instrumentais, sendo consideradas habilidades mais complexas do que as AVDBs. Esta escala é de fácil e rápida aplicação (entre 10 a 15 minutos) e avalia os seguintes domínios: capacidade para usar o telefone e transportes, preparar as refeições, fazer compras, cuidar da casa, tratar da roupa e administrar a própria medicação (Graf, 2013). Quando comparadas com a realização das AVDBs, prevalecem elevados níveis de dependência nas AVDis devido ao facto de estas atividades necessitarem de uma maior integridade física e cognitiva (Graf, 2013). A perda da funcionalidade inicia-se pelas atividades mais complexas até atingir as de autorregulação, sendo a sua recuperação feita de forma inversa (Barbosa, 2014).

Envelhecer sem incapacidade funcional é um desafio para a manutenção de uma boa qualidade de vida, tornando-se uma questão relevante no campo da gerontologia. A Direção Geral da Saúde (DGS), enquanto membro ativo na promoção da saúde e prevenção da doença, com a publicação da Norma n.º 014/2014, cujo assunto era a Implementação Experimental da Tabela Nacional da Funcionalidade, realçou a importância de uma avaliação da funcionalidade consistente e rápida. De acordo com essa norma, a criação da Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF) tinha como objetivo ser utilizada não só como indicador de necessidades e de ganhos em saúde, mas também, do desempenho dos serviços e de avaliação do impacto da deficiência.

## **1.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

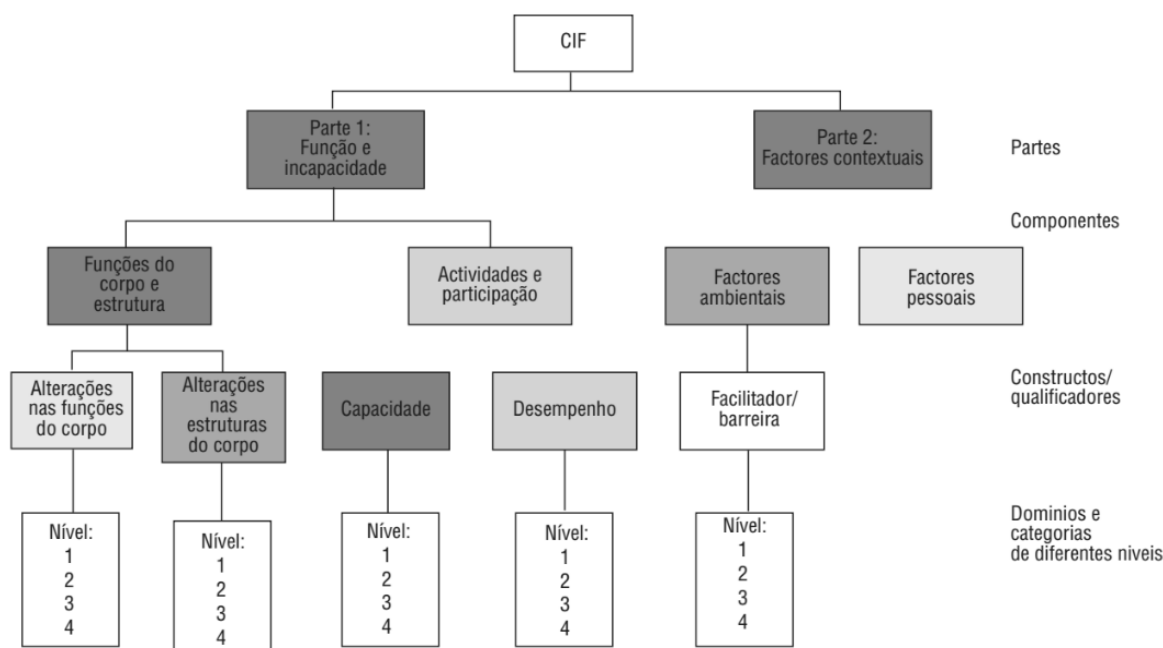
A CIF pertence às classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde, tendo sido publicada em 2001 (Roe *et al.*, 2013; Lima *et al.*, 2010). O modelo proposto é baseado numa combinação de modelos médicos e sociais, contemplando uma perspetiva biopsicossocial, que integra as várias dimensões da saúde, oferecendo assim uma imagem mais ampla da realidade vivenciada pelo indivíduo (Lima *et al.*, 2010; Pernambuco, Lana e Polese, 2015).

A elaboração desta classificação internacional recai sobre três objetivos específicos (OMS, 2004): i) proporcionar uma base científica para a compreensão e estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde; ii) estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados com ela relacionados, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores; e iii) permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo. A sua linguagem unificada e normalizada serve como uma ferramenta estatística,

investigacional, pedagógica e clínica, bem como apoio em diferentes setores, tais como seguros, segurança social, educação, economia, política social e no desenvolvimento de políticas, de legislação e de alterações ambientais (OMS, 2004). No entanto, verifica-se a necessidade de uma complementaridade entre a CIF e a CID-10. Enquanto uma está centrada na saúde do indivíduo e a outra está centrada nas causas da doença, respetivamente. Ou seja, a CIF é uma classificação da funcionalidade e da incapacidade associadas às condições de saúde, de forma a medir a saúde e a incapacidade tanto a nível individual como populacional, e a CID-10 é uma classificação internacional estatística da OMS e que se focaliza na doença e nos problemas relacionados com a saúde (Reis *et al.*, 2015). Na atual nomenclatura da CIF, o estado de saúde do indivíduo é abordado segundo um conceito positivo, enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas dentro dos fatores contextuais (histórico de vida e do estilo de vida) (Reis *et al.*, 2015).

A CIF estrutura a informação de maneira útil, integrada e acessível, através de um sistema alfanumérico (OMS, 2004). Está dividida em duas partes: “Funcionalidade e Incapacidade” e “Fatores Contextuais”. A primeira divide-se nos componentes “Corpo” e “Atividades e Participação”, e a segunda parte nos componentes “Fatores Ambientais” e “Fatores Pessoais”. O componente “Corpo” inclui duas classificações, uma para as funções dos sistemas orgânicos e outra para as estruturas do corpo. O componente “Atividades e Participação” focaliza-se nos domínios da funcionalidade tanto a nível individual como social. Já os “Fatores Ambientais” estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até ao mais geral, e incidem sobre os componentes da funcionalidade e da incapacidade. Por último, os “Fatores Pessoais” não estão classificados na CIF por abrangerem variáveis associadas a questões sociais e culturais, sendo estas distintas entre os diversos países.

Na Figura 2 apresenta-se a estrutura da CIF dividida por partes, componentes, constructos/qualificadores, domínios e categorias de diferentes níveis.



**Figura 2 – Estrutura da CIF (Pereira *et al.*, 2011)**

A saúde e os estados relacionados com a saúde de um indivíduo podem ser registados através da seleção de um código ou de códigos apropriados da categoria e do acréscimo qualificadores, códigos numéricos de extensão e magnitude da funcionalidade ou da incapacidade e em que medida um fator ambiental facilita ou constitui um obstáculo. Cada componente é identificado com uma letra (funções do corpo – b; estruturas do corpo – s; atividades e participação – d; e fatores ambientais – e), cada letra identificativa do componente é seguida por um código numérico. O uso de qualquer código na CIF deve ser acompanhado por um qualificador, que fornece a medida da gravidade do problema em questão (sem problema - 0, ligeiro - 1, moderado - 2, grave - 3 ou completo - 4). O qualificador é apresentado com mais um dígito adicionado ao código e completa a informação fornecida, especificando a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria (por exemplo: b735.2 – deficiência moderada nas funções relacionadas com o tônus muscular), ou em que medida um fator ambiental é um facilitador (+) ou um obstáculo (-) (por exemplo: e225.1 – clima com um grau de obstáculo ligeiro).

Na Figura 3 pode observar-se uma visão geral da CIF de modo a compreender melhor a sua estrutura e organização.

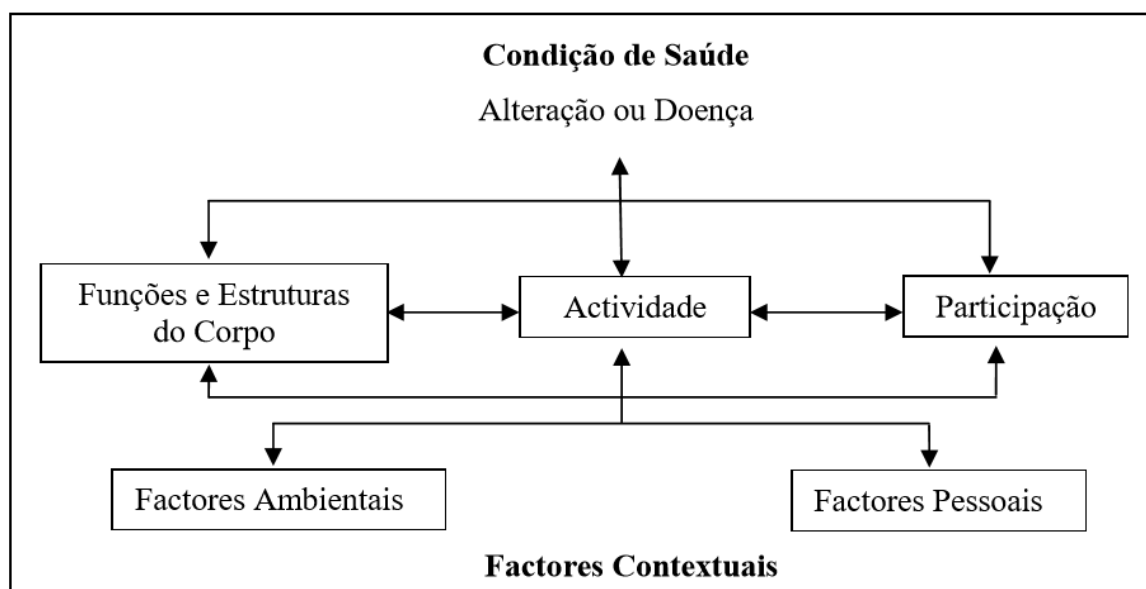
Componentes	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
<b>Domínios</b>	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
<b>Constructos</b>	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
<b>Aspectos positivos</b>	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
<b>Aspectos negativos</b>	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

**Figura 3 – Visão Geral da CIF (OMS, 2004).**

As condições funcionais da pessoa dependem não só da doença, mas também do meio ambiente físico e social, das diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, da disponibilidade de serviços e da legislação. Os fatores contextuais incluem os fatores externos e os fatores internos. Em relação aos fatores externos, estes incluem as atitudes sociais, características arquitetónicas, situações climáticas, entre outras. Os fatores internos englobam os pessoais: sexo, idade, antecedentes pessoais, predisposição para lidar com problemas, educação, profissão, experiência anterior e atual, carácter, entre outros fatores que influenciam o desempenho do indivíduo. Os fatores ambientais e pessoais têm, assim, um papel importante neste processo da

funcionalidade, uma vez que interagem com os estados de saúde do indivíduo e determinam o nível de funcionalidade deste. A funcionalidade de um indivíduo, num domínio específico da CIF, é uma interação complexa entre os fatores contextuais e a condição de saúde (perturbação ou doença).

No que respeita às interações dinâmicas entre os componentes da CIF, em que uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários elementos, pode verificar-se na Figura 4 as interações específicas mas não previsíveis, onde essas são bidirecionais.



**Figura 4** – Interações entre os componentes da CIF (OMS, 2004).

O termo deficiência corresponde as alterações observadas apenas ao nível do corpo, enquanto o termo incapacidade é bem mais abrangente, indicando os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais), ou seja, algo que envolva uma relação dinâmica. Um indivíduo pode apresentar uma deficiência (ao nível do corpo) e não viver necessariamente qualquer tipo de incapacidade, e vice-versa. A CIF cria espaço para o eixo da saúde, deixando de lado o eixo da doença, trazendo uma visão diferente da saúde, o que permite perceber melhor a condição ou estado de saúde dentro de contextos específicos (Nubila e Buchalla, 2008). Esta classificação introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e complexo, compatível com a perspetiva multidimensional que envolve a experiência completa de saúde.

Segundo, Nubila e Buchalla (2008), uma importante característica da abordagem que foi adotada na CIF é a “universalização” do entendimento de deficiência ou incapacidade, pois reconhece a população inteira como sendo passível de apresentar uma doença crónica, deficiência ou incapacidade, como uma condição humana compartilhada. A avaliação da incapacidade torna-se cada vez mais importante uma vez que o diagnóstico acompanhado pela avaliação da incapacidade fornece informação mais concreta no que respeita à utilização dos serviços de saúde, à identificação das necessidades, à duração da hospitalização, ao desempenho no trabalho, e às melhorias da funcionalidade após a alta hospitalar (Federici, Meloni e Presti, 2009).

A aplicação direta da CIF tem sido uma tarefa bastante exigente e complexa. Por esta razão, a OMS desenvolveu três metodologias de avaliação a partir da CIF para simplificar a sua aplicação: uma Lista de verificação, Categorias Significativas (Core Set) por patologias ou serviços, e o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0).

### **1.3. WHODAS 2.0**

Uma incapacidade resultante de alteração da saúde é muito frequente entre os indivíduos, sendo essencial que os profissionais saibam ou consigam avaliar este construto de uma forma rápida e simples. Assim, surgiu a necessidade de um instrumento para medir a incapacidade e a saúde e que estivesse ligado conceitual e operacionalmente à CIF, a fim de permitir comparações entre diferentes culturas e populações (Silveira *et al.*, 2013). Para suprimir esta necessidade, a OMS desenvolveu o *WHODAS 2.0*, com o intuito de avaliar a incapacidade percebida associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem à sua aplicação (OMS, 2010; Silva, 2013). A avaliação da funcionalidade percebida visa captar a percepção que os indivíduos têm sobre a sua capacidade para realizar uma variedade de AVDs (Latham *et al.*, 2008).

O WHODAS 2.0 mostra-se útil para avaliar a saúde e os níveis de funcionalidade de uma forma uniformizada, na população geral e em grupos específicos (Moreira *et al.*, 2015). É essencial salientar que, sendo etimologicamente neutro, não é específico para nenhuma condição de saúde, o que torna possível traduzir diretamente a funcionalidade e a incapacidade e tratar a avaliação deste construto separadamente das condições de saúde (Moreira *et al.*, 2015). O WHODAS 2.0 permite, deste modo, avaliar as limitações comportamentais e restrições à participação experimentadas por um indivíduo, independentemente do diagnóstico médico (Garin, 2010). Assim sendo, enquanto a CIF prende-se a uma abordagem externa (objetiva), o WHODAS 2.0 permite uma visão interna (subjéctiva), avaliando a natureza da incapacidade diretamente das respostas dos indivíduos (Garin, 2010). Desta forma, o WHODAS 2.0 torna-se uma ferramenta prática para extrair impressões e informações gerais sobre a funcionalidade e incapacidade de cada indivíduo.

O questionário WHODAS 2.0 avalia o nível de funcionalidade em seis domínios de vida (cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com outras pessoas, atividades de vida diária e participação na sociedade), Tabela 1 (Silveira *et al.*, 2013). Desta forma, o instrumento abrange plenamente os domínios da CIF, tornando-se uma medida resumo da funcionalidade e incapacidade aplicável a diferentes culturas e a todas as populações adultas, bem como a todas as doenças, incluindo as dimensões físicas, mentais e os transtornos secundários ao uso de substâncias (Silveira *et al.*, 2013). Desenvolvido para refletir a CIF, existe em cada domínio uma relação direta com os itens desta classificação internacional.

**Tabela 1** - Caracterização dos domínios do WHODAS 2.0 (Silveira et al., 2013)

Domínio	Definição
Cognição	Avalia as atividades de comunicação e de pensamento, como por exemplo a concentração, memória, resolução de problemas, aprendizagem e comunicação.
Mobilidade	Avalia as atividades como ficar em pé, deslocar-se dentro e fora de casa e caminhar longas distâncias.
Autocuidado	Avalia auto higiene, vestir-se, comer e ficar sozinho.
Relacionamento	Avalia as interações com as outras pessoas e as dificuldades encontradas nessa interação devido à condição de saúde.
Atividades de Vida Diária	Avalia as dificuldades para realizar uma atividade do dia-a-dia, incluindo as responsabilidades domésticas, lazer, trabalho, escola, entre outras.
Participação	Avalia as dimensões sociais, tais como as atividades comunitárias, barreiras e obstáculos no mundo em torno do indivíduo, e problemas com outras questões, tais como a manutenção da dignidade pessoas.

O WHODAS 2.0 apresenta três versões, em que todas as versões avaliam dificuldades na funcionalidade nos seis domínios referidos acima, durante os 30 dias precedentes à entrevista. Possui vários formatos, variando de mais simplificados a completos, podendo ser aplicado em forma de entrevista, respondido por um cuidador/familiar ou autoadministrado (Silveira *et al.*, 2013).

Tendo que ter em conta a informação que se necessita, o desenho de estudo e o tempo disponível, cada utilizador pode escolher uma das três versões do WHODAS 2.0 (WHO, 2010): a i) de 36 itens, a ii) de 12 itens e a iii) de 12+24 itens. A versão de 36 itens é a mais detalhada, pois permite aos utilizadores obter uma pontuação para cada domínio de funcionalidade e calcular uma pontuação da funcionalidade geral. Esta versão está disponível em três formas de aplicação diferentes: administrada pelo entrevistador, autoadministrada e administrada ao *proxy* (cuidador/família). A duração média da entrevista administrada pelo entrevistador é 20 minutos. A versão de 12 itens é útil para avaliações rápidas da funcionalidade geral, nas quais a limitação de tempo não permite a aplicação de uma versão mais longa. Esta versão está disponível em três formas de aplicação diferentes: administrada pelo entrevistador, autoadministrada e administrada ao *proxy* (cuidador/família). A duração média da entrevista administrada pelo entrevistador é de 5 minutos. Salienta-se que esta versão explica 81% da variância da versão de 36 itens. Por último, a versão de

12+24 itens, é um cruzamento entre as duas versões anteriormente descritas. Este questionário utiliza 12 itens para rastrear os domínios problemáticos da funcionalidade, podendo os entrevistados responder até 24 questões adicionais. Esta possibilidade baseia-se nas respostas positivas às 12 questões iniciais. A duração média da entrevista para a versão 24+12 é de 20 minutos.

Dado que se verifica uma cada vez maior preocupação em se compreender a funcionalidade e a incapacidade humana, de forma a existir uma avaliação confiável das funções do indivíduo em diferentes áreas da vida, o WHODAS 2.0 pode gradualmente tornar-se num potencial instrumento de avaliação da funcionalidade na área da saúde.

#### **1.4. Métodos Alternativos de Recolha de Dados**

No campo da aplicação de instrumentos de avaliação, vários autores indicam que as entrevistas telefónicas podem ser tão úteis como as entrevistas presenciais tanto no que diz respeito à captação das interações sociais como na geração de dados (Irvine, 2011). O crescente uso da entrevista telefónica, bem como o uso de outros métodos alternativos de recolha de dados, são um reflexo da mudança social, dos avanços tecnológicos e da aceitabilidade de telecomunicações, como apoio às indústrias de saúde e de serviços em geral (Carr e Worth, 2001). É cada vez mais evidente que as entrevistas por telefone tenham um enorme potencial como instrumento de pesquisa e de avaliação dos cuidados de saúde (Carr e Worth, 2001). Segundo, um estudo exploratório realizado por Irvine (2011) verifica-se que as entrevistas por telefone eram normalmente mais curtas. Este facto ocorre porque nessas entrevistas o participante fala menos, não fornecendo informações muito detalhadas (Irvine, 2011). Contudo, este mesmo autor teve em consideração que alguns autores apontavam essa circunstância (pouca partilha de informações detalhadas) como uma desvantagem da entrevista telefónica. No entanto, pode considerar-se essa mesma circunstância como uma vantagem se se tiver em conta a possibilidade de que as informações obtidas numa entrevista presencial possam ser 'supérfluas'. Ou seja, uma maior quantidade de dados não implica obrigatoriamente uma maior qualidade dos mesmos (Irvine, 2011).

Estudos que comparam diretamente entrevistas telefónicas com entrevistas presenciais tendem a concluir que as primeiras produzem dados tão comparáveis em qualidade com os obtidos pelo método presencial (Carr e Worth, 2001; Rohde, Lewinsohn e Seeley, 1997). Apesar de Irvine (2011) concordar com a inexistência de diferenças consideráveis nas informações de diagnóstico obtidas entre os dois métodos, este autor salienta que não há respostas conclusivas quanto à questão de saber qual o método mais adequado e mais prático na aplicação de instrumentos de avaliação: tudo depende dos objetivos, das questões e dos participantes da investigação.

Deste modo, as decisões sobre se se deve ou não utilizar entrevistas via telefone são influenciadas por vários fatores. Contudo, existem ocasiões que, por uma série de razões práticas e éticas, o telefone pode ser uma escolha metodológica inteiramente justificada (Irvine, 2011). Na Tabela 2 são apresentadas as vantagens e desvantagens do uso do telefone como instrumento de recolha de dados.

**Tabela 2** – Vantagens e Desvantagens da Entrevista Telefónica (Irvine 2011; Carr e Worth, 2001)

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"><li>- Economia de recursos;</li><li>- Exige menos tempo e dinheiro;</li><li>- Permite a inclusão de participantes de zonas geográficas mais longe;</li><li>- Permite um maior anonimato;</li><li>- Protege os participantes de momentos mais desconfortáveis ou de maior intensidade que a entrevista presencial oferece.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Restringe o desenvolvimento de afinidade;</li><li>- Ausência de indicações não-verbais pode afetar a profundidade do significado das informações transmitidas;</li><li>- Exclui indivíduos que não tenham acesso ao telefone ou incapacidade para usá-lo devido a problemas de fala ou audição.</li></ul>

A probabilidade das entrevistas por telefone caírem em desuso é mínima; e pelo contrário, serão cada vez mais utilizadas como opção prática e viável devido principalmente aos pequenos orçamentos para a investigação (Irvine, 2011). Até a data, na literatura, existem poucos estudos de comparação direta entre métodos de aplicação (como por exemplo, presencial, telefónico e suporte digital), bem como de validação de instrumentos para aplicação via telefónica ou computador/tablet. A escala *Rapid Assessment of Physical Activity* (RAPA), que avalia a atividade física em adultos mais velhos, é um exemplo da adaptação e validação do questionário para sua versão telefónica, tendo-se convertido em *Telephone Assessment of physical Activity* (TAPA). A sua aplicação por telefone minimiza os desafios encontrados na população idosa, como por exemplo a dependência na deslocação a pé ou na utilização de transportes até ao local da pesquisa (Mayer, 2008).

A informação obtida na literatura sobre a realização de estudos de validação de novos métodos é escassa. Sabe-se que a nível telefónico é imprescindível a elaboração de um guião telefónico bem estruturado, acrescido da importância de uma fala pausada e uma boa dicção (Irvine, 2011). Em suma, torna-se essencial explorar e melhor compreender a utilização de outros métodos de aplicação de instrumentos de avaliação (como por exemplo, por telefone e suporte digital), de forma a proporcionar aos profissionais e investigadores avaliações mais rápidas e eficazes.



## II. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO

### 2.1. Objetivos

O objetivo geral deste estudo é contribuir para a validação do instrumento de avaliação da OMS, da versão portuguesa de 12 itens do *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0 - PT12) aplicada via telefone e aplicada em suporte digital para a população portuguesa com idade igual ou superior a 50 anos.

De forma atingir este objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: i) analisar a validade e ii) analisar a consistência interna para as três aplicações, presencial, telefónica e em suporte digital.

### 2.2. Hipóteses do Estudo

Tendo em conta o objetivo proposto, foram definidas duas hipóteses de estudo:

- ✓ A versão do WHODAS 2.0 - PT12 quando aplicada via telefone e quando aplicada em suporte digital, numa amostra de pessoas com 50 ou mais anos, apresentam valores de consistência interna idênticos à aplicação presencial;
- ✓ A versão do WHODAS 2.0 - PT12 quando aplicada via telefone e quando aplicada em suporte digital, para a população com 50 ou mais anos são válidas: (i) apresentando valores de concordância excelentes com a aplicação presencial; (ii) discriminam níveis de funcionalidade entre pessoas com e sem limitações nas AVDs, e entre pessoas institucionalizadas e pessoas não institucionalizadas.

### III. METODOLOGIA

#### 3.1. Introdução

Como forma de contribuir para a validação do WHODAS 2.0 – PT12 aplicado via telefone e em suporte digital foi definida a metodologia apresentada em seguida. Neste capítulo serão descritos, de forma simplificada, os participantes, os procedimentos, o instrumento de avaliação utilizado e a análise e tratamento dos dados obtidos.

Cronologicamente o estudo decorreu de outubro de 2015 a maio de 2016. A fase de recolha de dados decorreu entre o mês de fevereiro e abril de 2016. Durante o mês de maio procedeu-se ao tratamento e análise dos dados. O estudo compreendeu cinco fases. A primeira fase foi dedicada ao desenvolvimento do guião telefónico e do guião em suporte digital. A segunda fase foi referente ao recrutamento, explicou-se o estudo e todas as questões inerentes ao processo ético aos possíveis participantes, em que cada um assinou a declaração de consentimento e, por fim, recolheu-se os seus contactos pessoais (número de telefone e endereço eletrónico). Após dado o consentimento informado, livre e esclarecido, cada participante passou por mais três fases, a aplicação do WHODAS 2.0 - PT12, em versão presencial, telefónica e em suporte digital, respetivamente. A Tabela 3 resume as cinco fases do estudo.

**Tabela 3 – Fases do Estudo**

	Fase 0 Aplicação piloto	Fase 1 Recrutamento	Fase 2 Aplicação presencial	Fase 3 Aplicação telefónica	Fase 4 Aplicação suporte digital
Desenvolvimento de guiões	X				
Explicação do estudo - consentimento informado		X			
Recolha dos contactos pessoais		X			
Variáveis sociodemográficas			X	X	X
Variáveis clínicas			X	X	X
WHODAS 2.0 - PT12			X	X	X

#### 3.2. Participantes e Procedimentos

O estudo foi apresentado à direção de cada entidade selecionadas por conveniência de facilidade de contacto, de forma a obter a autorização pelos responsáveis (Apêndice 1), solicitando que fossem

sinalizados os potenciais participantes, de acordo com os critérios de seleção. O procedimento de abordagem aos participantes de cada grupo foi adaptado, dado que a amostra compreendia dois grupos distintos (pessoas institucionalizadas e pessoas residentes na comunidade).

Os participantes foram recrutados segundo os seguintes critérios de elegibilidade: i) pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, que residam na comunidade ou que estejam institucionalizadas, com ou sem incapacidade percebida, ii) acesso ao telefone/telemóvel e computador/tablet e iii) capacidade para utilizá-los. Como critérios de exclusão o não fornecimento do consentimento informado, livre e esclarecido.

Na Estrutura Residencial para Pessoa Idosas (ERPI) da Santa Casa da Misericórdia de Vagos foi agendada uma entrevista presencial, de carácter individual, para proceder à explicação do estudo e de todas as questões inerentes ao possível participante, sendo entregue uma folha de informações (Apêndice 2). Este teve espaço para colocar questões/dúvidas que quisesse ver esclarecidas e foi salientado o facto de poder desistir do estudo a qualquer momento, sem ter que justificar a sua decisão. Para além disso, também foi informado pelo investigador principal sobre o respeito escrupuloso da confidencialidade e do anonimato. O potencial participante teve o período de tempo que desejou para decidir relativamente a participar e assinar o respetivo consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 3). Seguidamente, foi atribuído um número de identificação ao (já) participante. Este primeiro contacto serviu, também, para a recolha do número de telefone e de endereço eletrónico, bem como, para informar o participante das três seguintes fases: a aplicação do WHODAS 2.0 - PT12 itens, via presencial (Apêndice 4), do WHODAS 2.0 - PT12 via telefone (Apêndice 5) e do WHODAS 2.0 – PT12 em suporte digital, com um período de diferença entre as aplicações de três dias. No grupo das pessoas residentes na comunidade, que pertenciam a Universidade Sénior de Vagos e ao Espaço Sénior da Associação do Porto de Paralisia Cerebral, o procedimento difere apenas na forma de realização do convite aos potenciais participantes. Em vez de ser feito individualmente, foi agendada uma reunião grupal. O grupo também teve acesso a todas as informações essenciais, de forma verbal e escrita, para decidir sobre a sua participação (individual) no estudo.

### **3.3. Instrumento de Avaliação**

O instrumento de avaliação utilizado neste estudo foi o WHODAS 2.0 versão portuguesa de 12 itens. Este pretende recolher dados para avaliar as limitações nas atividades e restrições na participação que os indivíduos apresentam, independentemente do diagnóstico médico. Na população portuguesa com 50 ou mais anos, os valores psicométricos do WHODAS 2.0 – PT12 apresentaram uma boa consistência interna ( $\alpha=0.86$ ) e excelente reprodutibilidade CCI=0.77 (Moreira *et al.*, 2015).

A partir deste instrumento foi construído um guião telefónico que compreendia uma introdução ao estudo, questões sociodemográficas e de saúde, bem como os 12 itens do WHODAS 2.0, versão portuguesa. Este guião passou por várias fases de correção e aperfeiçoamento até à sua validação, realizada através da sua aplicação via telefone a um conjunto de profissionais de saúde, alguns com mais de 50 anos. A versão final para aplicação do guião via telefone inclui a leitura, para além da

pergunta, da chave de resposta, isto é, a chave de resposta é repetida para cada questão tendo em conta uma leitura pausada e uma boa dicção. A entrevista telefónica demora entre 5 a 10 minutos.

Relativamente ao questionário em suporte digital, foi utilizada a ferramenta Google docs, que compreendia da mesma forma que o guião telefónico, uma pequena introdução ao estudo, questões sociodemográficas e clínicas e as 12 questões do WHODAS 2.0. O tempo de aplicação é dependente da experiência na utilização de aplicações informáticas de cada participante.

### **3.4. Análise de Dados**

O plano de análise estatística passou pela apresentação de dados descritivos, nomeadamente, média, desvio padrão, mínimo e máximo e percentis. A consistência interna foi analisada através do alfa de Cronbach tendo sido considerado como “muito bom” quando  $\alpha \geq 0,9$ ; “bom” quando  $0,8 \leq \alpha < 0,9$ , “razoável” quando  $0,7 \leq \alpha < 0,8$  e “fraco” quando  $\alpha < 0,7$  (Darren e Mallery, 2007).

A concordância foi avaliada através do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), sendo considerada “excelente” quando  $p \geq 0,75$ , “boa” quando  $0,4 \leq p < 0,75$  e “fraca” quando  $p < 0,4$  (Rosner, 2011). O método de *Bland Altman* também foi utilizado para analisar a concordância entre os diferentes métodos de aplicação, através de um gráfico de dispersão relacionando as médias dos dois métodos  $(X + Y)/2$ , no eixo do X e a diferença entre eles  $(X - Y)$ , no eixo do Y (Hirakata e Camey, 2009; Giavarina 2015). Analiticamente, foi verificada se a média das diferenças entre os resultados de cada aplicação era estatisticamente diferente de zero e para verificação da independência da distribuição dos valores no gráfico de dispersão foi realizada uma regressão linear definindo a diferença entre os resultados das aplicações como variável dependente e a média dos resultados entre os dois métodos com variável explicativa. A análise de associação entre as variáveis foi realizada através do coeficiente de correlação de Spearman e o Teste U de *Mann-Whitney* foi utilizado para verificar diferenças entre grupos (dificuldade nas AVDs e institucionalização).

Estes dados, anteriormente referidos, foram analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0, para um nível de significância estabelecido em  $\alpha = 0,05$ .

### **3.5. Aspetos Regulamentares e Éticos, Proteção de Dados e Confidencialidade**

A investigação atual foi conduzida de acordo com os princípios éticos que têm a sua origem na Declaração de Helsínquia e nas diretrizes de Boas Práticas em Epidemiologia e com todas as leis e regulamentos aplicáveis. Foram também asseguradas, de modo a que o desenho de estudo fosse sólido, a proteção de dados e a confidencialidade. Assim sendo, foi garantido ao participante que todas as informações que fornecesse não seriam publicamente divulgadas a partes não envolvidas no processo de investigação e que as informações fornecidas que permitam identificá-lo não seriam reportadas na base de dados do estudo. Deste modo, o participante foi distinguido através do número que lhe foi atribuído e todos os documentos que continham informações pessoais foram guardados num local seguro com acesso limitado ao investigador principal.

O estudo foi aprovado pela Comissão Científica da Associação do Porto de Paralisia Cerebral (APPC) e autorizado pela administração de todas as instituições que nele colaboraram.

## IV. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 31 participantes com média de idade de 76 anos (dp=10,9), sendo 19 (61%) do sexo feminino. No momento da recolha de dados, mais de metade dos participantes eram viúvos (n= 16; 52%), com baixas habilitações literárias (até 4 anos de escolaridade: n=23; 74%) e a maioria não reportavam dificuldades nas AVDs (n= 23; 73%) – Tabela 4.

**Tabela 4 – Características dos participantes**

<b>Características</b>	
<b>Género, n (%)</b>	
Masculino	12 (39%)
Feminino	19 (61%)
<b>Média (dp), Idade em anos</b>	76 (10.9)
<b>Estado civil, n (%)</b>	
Casado(a)/União de facto	13 (42%)
Viúvo(a)	16 (52%)
Solteiro(a)	1 (3%)
Divorciado(a)	1 (3%)
<b>Escolaridade em anos, n (%)</b>	
≤ 4	23 (74%)
5-12	8 (26%)
<b>Dificuldade nas AVDs, n (%)</b>	
Sim	8 (26%)
Não	23 (74%)

O valor médio do WHODAS 2.0 – PT12 foi de média = 11,45 (dp = 11,21), média = 10,71 (dp = 11,67) e média = 10,35 (dp = 11,56), para as aplicações via presencial, telefone e em suporte digital, respetivamente - Tabela 5.

**Tabela 5 – Dados descritivos do WHODAS 2.0 – PT12, segundo o método de administração**

<b>Método de Administração</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Mín. - Máx.</b>	<b>Percentis</b>				
			<b>P50</b>	<b>P75</b>	<b>P85</b>	<b>P90</b>	<b>P95</b>
<b>Presencial</b>	11,45 (11,21)	0,00 - 35,00	7,00	25,00	26,00	26,80	32,00
<b>Telefone</b>	10,71 (11,67)	0,00 - 34,00	3,00	24,00	27,20	28,00	30,40
<b>Suporte digital</b>	10,35 (11,56)	0,00 - 30,00	4,00	25,00	28,00	28,30	29,40

### 4.1. Análise da fiabilidade

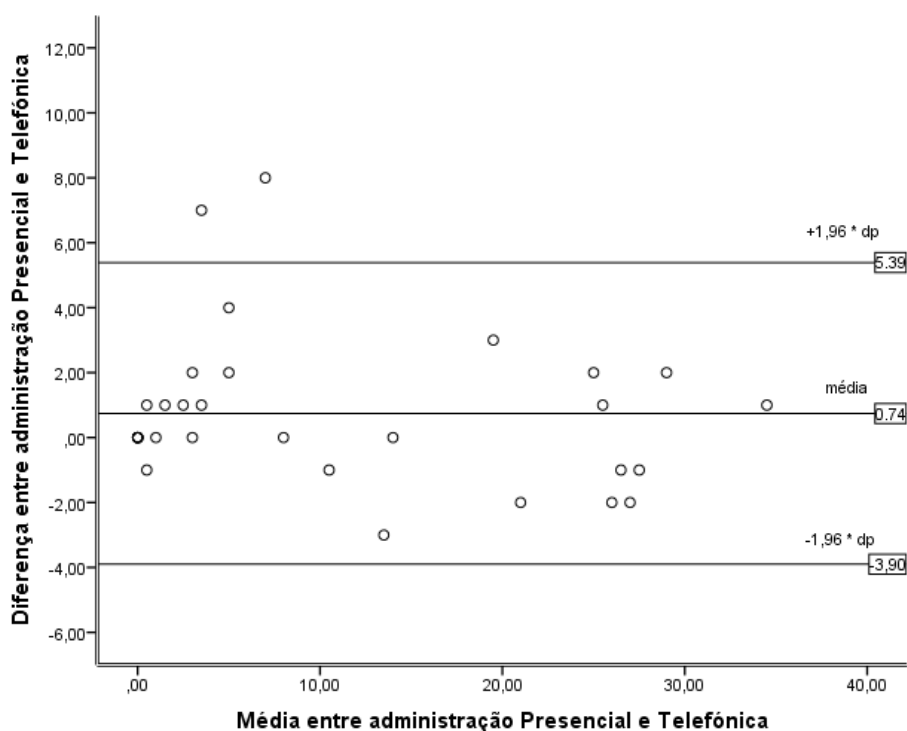
O valor do Alpha de Cronbach obtido para os métodos presencial, telefónico e em suporte digital do WHODAS 2.0 – PT12, foi de  $\alpha = 0,92$ ,  $\alpha = 0,93$  e  $\alpha = 0,93$ , respetivamente, indicando uma consistência interna muito boa para as três aplicações. Relativamente à média pontual de cada item, pode-se inferir que a maioria dos participantes, tanto para a aplicação via presencial, telefone e computador/tablet, apresentam mais dificuldades nas suas responsabilidades domésticas (item 2) e trabalho do dia-a-dia (item 12) - Tabela 6.

**Tabela 6** – Consistência Interna do WHODAS 2.0 - 12 itens, métodos de aplicação via telefone e em suporte digital

	Telefone		Suporte Digital	
	Média (dp)	$\alpha$ se item eliminado	Média (dp)	$\alpha$ se item eliminado
1. Quanta dificuldade teve em ficar em pé por longos períodos de tempo, como 30 minutos?	1,19 (1,54)	0,91	1,16 (1,59)	0,92
2. Quanta dificuldade teve em tratar das suas responsabilidades domésticas?	1,87 (1,91)	0,92	1,90 (1,97)	0,92
3. Quanta dificuldade teve em aprender uma nova tarefa, como por exemplo: aprender o caminho para um novo lugar?	0,48 (0,68)	0,92	0,61 (0,76)	0,93
4. Quanta dificuldade teve em participar em atividades na comunidade (como por exemplo: festivais, religiosos ou outros) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	0,84 (1,34)	0,91	0,77 (1,15)	0,92
5. Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	0,77 (0,92)	0,93	0,61 (0,76)	0,92
6. Quanta dificuldade teve em concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	0,45 (0,77)	0,92	0,45 (0,67)	0,93
7. Quanta dificuldade teve em andar longas distâncias, como um quilómetro?	1,26 (1,67)	0,91	1,23 (1,67)	0,91
8. Quanta dificuldade teve em lavar o todo o corpo?	1,03 (1,58)	0,91	0,84 (1,42)	0,92
9. Quanta dificuldade teve em vestir-se?	0,71 (1,19)	0,92	0,71 (1,19)	0,92
10. Quanta dificuldade teve lidar com pessoas que não conhece?	0,16 (0,37)	0,93	0,16 (0,37)	0,94
11. Quanta dificuldade teve em manter uma amizade?	0,06 (0,25)	0,93	0,03 (0,18)	0,94
12. Quanta dificuldade teve no seu trabalho do dia-a-dia?	1,87 (1,98)	0,92	1,87 (1,98)	0,92
	<b>Alpha de Cronbach = 0,93</b>		<b>Alpha de Cronbach = 0,93</b>	

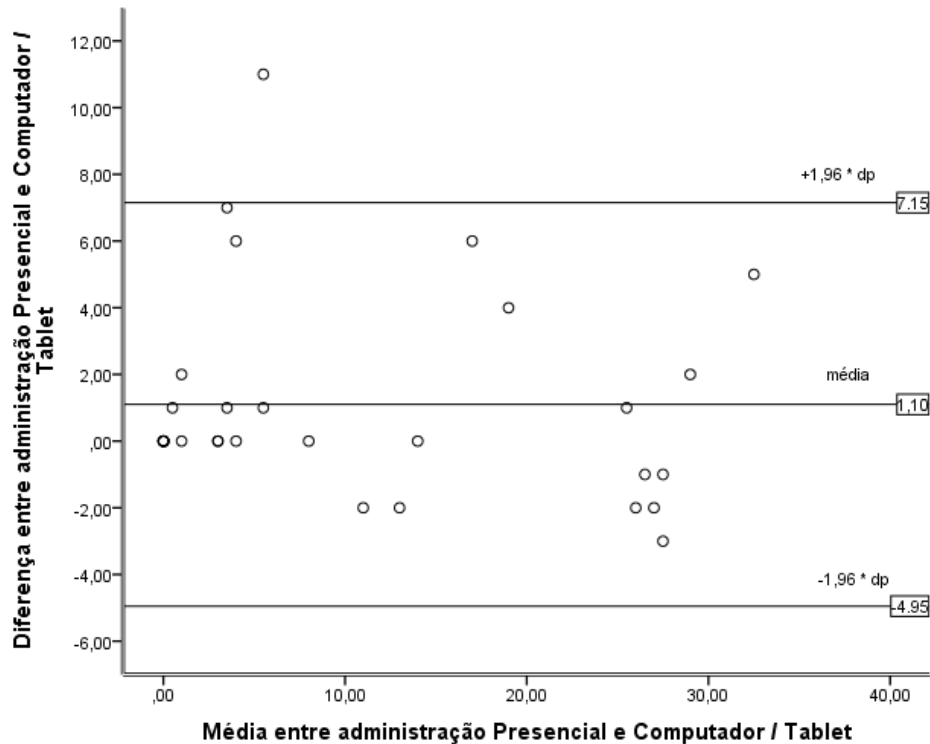
## 4.2. Análise da validade

No Gráfico 1 pode-se observar que a média da diferença entre a aplicação presencial e a aplicação via telefone é próxima do valor zero (média=0,74; dp=2,37), confirmando-se que não é estatisticamente diferente de zero (test  $t=1,75$ ;  $p=0,091$ ). Ainda é possível verificar que a distribuição das diferenças e das médias entre as aplicações presencial e telefônica assume um padrão de distribuição aleatório, o que reforça a similitude entre os métodos de aplicação. Essa observação é confirmada pela regressão linear (ANOVA  $F(1,29)=1,14$ ;  $p=0,294$ ). Salienta-se que as diferenças entre os valores relativos a cada uma das aplicações, para a maioria dos participantes se encontram dentro do intervalo [-3;4]. A exceção verifica-se para dois elementos que obtiveram valores próximos de oito.



**Gráfico 1** – Bland and Altman entre os métodos presencial – telefone

No Gráfico 2 pode-se observar que a média da diferença é próxima do valor zero (média=1,10; dp =3,08), entre a aplicação presencial e a aplicação via suporte digital, confirmando-se, também, que esta não é estatisticamente diferente de zero (test  $t=1,98$ ;  $p=0,057$ ). Também, à semelhança do que acontece entre a aplicação presencial e telefônica, verifica-se, que a distribuição das diferenças e das médias apontam para uma distribuição aleatória entre as aplicações presencial e suporte digital. Essa observação é confirmada pela regressão linear (ANOVA  $F(1,29)=0,37$ ;  $p=0,549$ ). No mesmo sentido da aplicação telefônica, os valores das diferenças encontram-se num curto intervalo de valores [-3;7], havendo, contudo, um valor extremo.



**Gráfico 2** – Bland and Altman entre os métodos presencial – suporte digital

A concordância entre aplicações, avaliada pelo CCI, devolveu valores compreendidos entre o CCI=0,53 e CCI=1,00 na comparação entre a aplicação presencial e telefónica, e entre o CCI=0,57 e CCI=1,00 na comparação entre a aplicação presencial e em suporte digital. Assim, na análise dos valores do CCI entre a aplicação presencial e via telefone considera-se que a concordância é ‘excelente’ para todas as questões do WHODAS 2.0 – PT12, exceto para as perguntas ‘Quanta dificuldade teve lidar com pessoas que não conhece?’ e ‘Quanta dificuldade teve em manter uma amizade?’ que é considerada ‘boa’, segundo os critérios definidos metodologicamente. O mesmo acontece, na concordância entre as aplicações presencial e em suporte digital, sendo que neste caso existe uma outra questão ‘Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?’, a juntar às duas referidas, onde a concordância é considerada ‘boa’ - Tabela 7.



**Tabela 7 – Coeficiente de correlação intraclasse entre os métodos presencial - telefone e presencial – suporte digital**

	Presencial – Telefone CCI (IC 95%)	Presencial - Suporte Digital CCI (IC 95%)
1. Quanta dificuldade teve em ficar em pé por longos períodos de tempo, como 30 minutos?	0,97 [0,93-0,98]	0,96 [0,91-0,98]
2. Quanta dificuldade teve em tratar das suas responsabilidades domésticas?	0,98 [0,97-0,99]	0,99 [0,97-0,99]
3. Quanta dificuldade teve em aprender uma nova tarefa, como por exemplo: aprender o caminho para um novo lugar?	0,90 [0,80-0,95]	0,85 [0,68-0,93]
4. Quanta dificuldade teve em participar em atividades na comunidade (como por exemplo: festivais, religiosos ou outros) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	0,88 [0,76-0,94]	0,89 [0,78-0,95]
5. Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	0,91 [0,89-0,95]	0,72 [0,43-0,86]
6. Quanta dificuldade teve em concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	0,85 [0,69-0,93]	0,83 [0,65-0,92]
7. Quanta dificuldade teve em andar longas distâncias, como um quilómetro?	0,99 [0,98-0,99]	0,99 [0,97-0,99]
8. Quanta dificuldade teve em lavar o todo o corpo?	0,97 [0,94-0,99]	0,98 [0,97-0,99]
9. Quanta dificuldade teve em vestir-se?	0,99 [0,98-0,99]	0,98 [0,95-0,99]
10. Quanta dificuldade teve lidar com pessoas que não conhece?	0,57 [0,14-0,79]	0,57 [0,14-0,79]
11. Quanta dificuldade teve em manter uma amizade?	0,53 [0,01-0,77]	0,65 [0,29-0,83]
12. Quanta dificuldade teve no seu trabalho do dia-a-dia?	1,00 [0,99-1,00]	1,00 [0,99-1,00]
<b>Total</b>	0,99 [0,98-1,00]	0,98 [0,96-0,99]

Na Tabela 8 pode-se verificar que o grupo institucional obteve uma média pontual significativamente superior no WHODAS 2.0 – PT12 em todos os métodos de aplicação relativamente ao grupo da comunidade. Assim, o instrumento parece discriminar grupos com diferentes níveis de funcionalidade global (aplicação via telefone: *Mann-Whitney*=0,0;  $p<0,001$ ; aplicação em suporte digital: *Mann-Whitney*=0,0;  $p<0,001$ ).

**Tabela 8** – Dados descritivos dos dois grupos (institucional e comunidade)

	Institucional		Comunidade		
	Média (DP)	Mín. - Máx.	Média(DP)	Mín.	Máx.
<b>Presencial</b>	21,86 (8,04)	8,00 - 35,00	2,88 (3,26)	0,00 - 11,00	
<b>Telefone</b>	22,07 (7,65)	8,00 - 34,00	1,35 (1,41)	0,00 - 4,00	
<b>Computador/Tablet</b>	21,50 (7,79)	8,00 - 30,00	1,18 (1,70)	0,00 - 5,00	

Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa nos valores do WHODAS 2.0 – PT12 entre os participantes que reportaram dificuldade nas AVD's e os participantes que afirmaram não ter limitações a este nível, quer para aplicação via telefone (*Mann-Whitney*=0,0;  $p<0,001$ ) quer para a aplicação em suporte digital (*Mann-Whitney*=0,0;  $p<0,001$ ). Encontrou-se também uma associação estatisticamente significativa entre os valores do WHODAS 2.0 – PT12 e a idade (aplicação via telefone:  $\rho=0,708$ ;  $p<0,001$ ; aplicação em suporte digital:  $\rho=0,77$ ;  $p<0,001$ ).

## V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A WHODAS 2.0 encontra-se disponível em várias línguas, incluindo o português, mas não apresenta um formato aplicável por telefone e por computador, 'tablet' ou 'smartphone', fator que conduziu ao interesse em desenvolver este estudo. Deste modo, o WHODAS 2.0 – PT12, aplicado por telefone e em suporte digital, podem gradualmente tornarem-se em potenciais questionários para avaliar de forma rápida a funcionalidade e a incapacidade por parte de profissionais da saúde e investigadores.

Este instrumento de avaliação foi escolhido por avaliar limitações na atividade e restrições na participação independentemente do estado de saúde de um indivíduo, por ter sólidos fundamentos teóricos, excelentes propriedades psicométricas, aplicações e configurações diversas em diferentes grupos e facilidade de uso. Em comparação com outros instrumentos que avaliam a funcionalidade e incapacidade, o WHODAS 2.0 é o único que os itens incluídos foram selecionados após ser explorada a sua natureza e prática em diferentes culturas, bem como, apresentar ampla análise linguística de terminologia em saúde (Üstün *et al.*, 2003).

Os profissionais que trabalham diretamente com pessoas institucionalizadas e da comunidade, deparam-se com algumas dificuldades no que toca a avaliar a funcionalidade e incapacidade de forma rápida e simples. Assim, o WHODAS 2.0, principalmente a versão de 12 itens, surge como um instrumento eficaz, estando ligado conceptual e operacionalmente à CIF, permitindo colmatar essa necessidade existente, principalmente na área da saúde.

Uma das vantagens da validação do WHODAS 2.0 – PT12 aplicado via telefone e aplicado em suporte digital, é que se parte de um instrumento já construído e validado presencialmente em outros países, incluindo Portugal. Os resultados, em estudos anteriores realizados em Portugal, indicam que o WHODAS 2.0 é válido e confiável (Silva *et al.*, 2013; Moreira *et al.*, 2015).

A avaliação das propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 – PT12 teve por base a recolha de dados realizada em pessoas com 50 ou mais anos, tanto institucionalizadas como residentes na comunidade, que cumpriam os critérios de inclusão e de exclusão. O estudo incluiu 31 participantes com idades compreendidas entre os 55 e os 97 anos, com uma média de idades de 76 anos, sendo 12 (39%) do sexo masculino e 19 (61%) do sexo feminino. Outro aspeto relevante é que a maioria não reportava dificuldades nas AVDs ( $n= 23$ ; 73%). Esta amostra comprova que o WHODAS está desenhado para avaliar níveis de funcionalidade na população adulta em geral, separadamente das condições de doença.

Em relação a fiabilidade, a análise dos resultados permite afirmar que a WHODAS 2.0 – PT12 aplicada via telefone e aplicada em suporte digital apresentam uma consistência interna muito boa, tendo em conta o valor global do Alpha de Cronbach ( $\alpha = 0,93$ , para ambas as aplicações). Este valor é superior ao obtido pelo Moreira *et al.*, 2015 e Silva *et al.*, 2013 para a versão presencial do WHODAS 2.0 – PT12, mas idêntica à de outros estudos internacionais (Ustün *et al.*, 2010; Marom *et al.*, 2016).

Relativamente a análise isolada da média pontual para cada pergunta, os participantes tendem a ter pontuações mais elevadas nas questões: “Quanta dificuldade teve em tratar das suas responsabilidades domésticas?” e “Quanta dificuldade teve no seu trabalho do dia-a-dia?”. Podemos inferir com a análise

destes resultados que os participantes têm mais dificuldades nas suas tarefas domésticas e no trabalho do dia-a-dia. Como a maior parte dos participantes são pessoas reformados ou domésticas, uma explicação para este resultado poderá advir da sobreposição conteúdo destas perguntas, principalmente para as mulheres, visto que estas reportam o seu trabalho do dia-a-dia como sendo as suas responsabilidades domésticas e familiares.

Os resultados deste estudo contribuem para demonstrar que, no geral, o WHODAS 2.0 – 12 itens versão portuguesa aplicado via telefone e aplicado em suporte digital em pessoas com 50 ou mais anos, são fiáveis, respondendo à primeira hipótese de estudo.

Relativamente à validade, a concordância foi analisada através dos valores do coeficiente de correlação intraclassa, podendo constatar que o valor total é de CCI = 0,99 e CCI = 0,98, entre os métodos presencial-telefone e presencial-suporte digital, respetivamente, indicando uma “excelente” concordância. Estes resultados concordam com os apresentados pelo Moreira *et al.*, 2015 realizados com a versão presencial do WHODAS 2.0 – 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. Contudo, deparamo-nos com valores inferiores de CCI entre as aplicações presencial-telefone para as questões: ‘Quanta dificuldade teve lidar com pessoas que não conhece?’ e ‘Quanta dificuldade teve em manter uma amizade?’, que apresentam uma concordância “boa”. Estas duas perguntas podem estar relacionadas com os problemas inerentes ao envelhecimento no que diz respeito ao relacionamento interpessoal, acontecendo maioritariamente em pessoas institucionalizadas ou em casos de isolamento/solidão. O mesmo acontece entre a aplicação presencial-suporte digital, acrescentado a questão ‘Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?’ que também obteve valores de concordância “boa”.

Com o uso do método *Bland Altman* confirma-se, graficamente, que a distribuição das diferenças e das médias entra as aplicações presencial-telefone e presencial-suporte digital assume uma distribuição aleatória. Esta análise é apoiada pela regressão linear, que deste modo, confirma a independência entre os métodos de administração.

Verifica-se que o WHODAS 2.0 – PT12 aplicados via presencial, telefone e em suporte digital parece discriminar grupos com diferentes níveis de funcionalidade global, facto verificado pela obtenção de valores elevados no WHODAS 2.0 – 12 itens por parte do grupo institucional comparativamente ao grupo residente na comunidade, nas três aplicações. Verifica-se ainda, relativamente à validade, uma associação entre os valores do WHODAS 2.0 – PT12 com as variáveis idade e independência nas atividades de vida diária. Estes resultados concordam com os apresentados por Moreira *et al.*, 2015 realizados com a versão presencial em pessoas com 55 ou mais anos.

Os resultados deste estudo contribuíram para demonstrar que, no geral, o WHODAS 2.0 – 12 itens versão portuguesa aplicado via telefone e aplicado em suporte digital em pessoas com 50 ou mais anos, são válidos, respondendo à segunda hipótese de estudo.

O WHODAS 2.0 – 12 itens versão telefónica é de fácil aplicação para profissionais e de fácil compreensão para pessoas institucionalizadas e residentes na comunidade, com 50 ou mais anos. No entanto a nível digital, verifica-se que as pessoas institucionalizadas apresentam mais dificuldades na

utilização do computador/tablet do que as pessoas da comunidade, facto este associado à elevada idade que o grupo institucional apresenta e à inexistência de um contacto direto com às novas tecnologias na instituição.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A maior limitação diz respeito à pequena área geográfica abrangida, ou seja, apenas indivíduos dos concelhos de Gondomar e Vagos é que participaram no estudo, não existindo uma amostra diversificada. Outra limitação apontada é relativa à não realização do teste reteste para as aplicações via telefone e computador/tablet.

Sendo este o primeiro estudo em Portugal, associado à validação do WHODAS 2.0 – 12 itens versão portuguesa aplicado via telefone e aplicado em suporte digital, é necessário que apareçam mais estudos, de forma a que estes tipos de métodos de administração se tornem válidos, fidedignos e mensuráveis, não só na área da saúde mas, também, noutras áreas como a social.

Em Portugal há necessidade de realizar mais investigações onde esta problemática da funcionalidade seja objeto de estudo, de forma a permitir avaliar o impacto das doenças crónicas na funcionalidade, principalmente, na velhice. Esta avaliação ajuda a determinar qual a necessidade de serviços de saúde, o nível de cuidados necessários, como pode ser melhorado o desempenho no dia-a-dia, a funcionalidade após alta hospitalar, entre outras.

O aspeto funcional é um ponto importante na avaliação multidimensional ao idoso porque nessa avaliação é possível detetar precocemente alterações na funcionalidade e na realização das atividades de vida diária. Assim, o presente estudo, relacionado com a validação do WHODAS 2.0 – PT12 via telefone e computador/tablet, poderá possibilitar uma avaliação funcional mais rápida, de forma a contribuir para o aumento das intervenções à população idosa, melhorando significativamente a qualidade de vida e bem-estar.

## VI. CONCLUSÃO

O estudo sobre a avaliação da funcionalidade torna-se uma questão gerontológica revelante, visto que as projeções apontam para um aumento significativo da população idosa funcionalmente incapacitada. Ou seja, a tendência atual é a existência de um grande número de pessoas idosas a viverem mais tempo, mas a apresentarem um maior número de estados clínicos crónicos, levando a uma maior prevalência de incapacidade funcional na velhice. Portanto, o principal desafio da sociedade do século XXI consiste em promover intervenções mais adequadas e adaptadas, de forma à pessoa viver mais tempo, com qualidade de vida.

Tendo em conta a importância da validação de instrumentos que avaliem a funcionalidade dos indivíduos este estudo é uma tentativa de contribuir para a validação de um instrumento que mede funcionalidade na população portuguesa. Assim, o poder e a importância do WHODAS 2.0 na avaliação da funcionalidade e incapacidade no setor da saúde é inquestionável. Sendo, este um instrumento que não é específico para nenhuma condição de saúde em concreto e pode ser utilizado na população geral, é necessário que seja validado para a população portuguesa para que futuramente se possam fazer comparações de funcionalidade em diferentes populações. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral contribuir para a validação do WHODAS 2.0 - PT12, aplicado via telefone e aplicado em suporte digital para a população portuguesa com idade igual ou superior a 50 anos.

Considerando este trabalho como um estudo piloto em Portugal, que contribui para a verificação da fiabilidade e validade do WHODAS 2.0 – 12 itens aplicado via telefone e aplicado em suporte digital, numa população com idade igual ou superior a 50 anos, propõe-se o seu aprofundamento no sentido de ultrapassar algumas das limitações apontadas, nomeadamente a realização do estudo com uma amostra mais diversificada relativamente à área geográfica e realização do teste reteste, para analisar a reprodutibilidade.

Perante os resultados obtidos foi possível constatar que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 – 12 itens aplicado via telefone e em suporte digital é equivalente ao WHODAS 2.0 – PT12 versão presencial, sendo ainda detentoras de bons níveis de fiabilidade e de validade.

## BIBLIOGRAFIA

- Alves, L.; Leite, J.; Machado, C. – Conceituando e mesurando a incapacidade funcional da população idosa: Uma revisão de literatura. Ciências e Saúde Coletiva. 13:4 (2008) 1199-1207;
- Araújo, F. [et al.] – Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 25:2 (2007) 59-66;
- Barbosa, B. – Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciência e Saúde Coletiva. 19:8 (2014) 3317-3325;
- Carr, E.; Worth, A. – The use of the telephone interview for research. SAGE Social Science Collections. 6:1 (2001) 511-524;
- Correia, J. – Introdução à Gerontologia. Lisboa: Universidade Aberta (2003); Duca, G.; Silva, M.; Hallal, P. – Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Revista de Saúde Pública. 43:5 (2009);
- Darren G.; Mallery P. – *SPSS for Windows Step by Step: A simple guide and reference, 14.0 update*. New York: Person Education, 2007. ISBN 0205515851;
- Eggerment, L. [et al.] – Comparing Pain Severity versus Pain Location in the Mobilize Boston Study: Chronic Pain and Lower Extremity Function. Journal of Gerontology: Medical Science. 64A:7 (2009);
- Federici, S.; Meloni, F.; Presti, A. – International Literature Review on WHODAS II. Life Span and Disability. 12:1 (2009) 83-110;
- Fernández-López, J. [et al.] – Funcionamiento y discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista Espanhola de Salud Pública. 83:6 (2009) 775-783;
- Fortin, M. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-989-8075-18-5;
- Garin, O. – 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);
- Giovarina, D. – Understanding Bland Altman Analysis. Biochemia Medica. 25:2 (2015) 141-151;
- Graf, C. – The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IASL) Scale. Thy This. [Em linha]. 23 (2013). [Consult. 24 de janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.taiwan-pharma.org.tw/ph/Downloads/IADL\\_English1021025.pdf](http://www.taiwan-pharma.org.tw/ph/Downloads/IADL_English1021025.pdf);
- Hirakata, V.; Camey, S. – Análise de Concordância entre Métodos de Bland Altman. Rev. HCPA. 29:3 (2009) 261-268;
- Instituto Nacional de Estatística - População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. [Em linha]. (2014) [Consult. 2 fevereiro 2016]. Disponível em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=218948085&att\\_display=n&attdownload=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&attdownload=y);

- Irvine, A. – Duration, Dominance and Depth in Telephone and Face to Face Interviews: A Comparative Exploration. International Journal of Qualitative Methods. 10:3(2011) 202-220;
- Latham, N. K., [et al.] - Performance-based or self-report measures of physical function: which should be used in clinical trials of hip fracture patients? Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 89:11 (2008) 2146–55;
- Lima, A. [et al.] – A qualitative approach of interactions between the domains of the International Classification of Functionality, Disability and Health. Acta Fisiatr. 17:3 (2010) 94-102;
- Marom BS. [et al.] - Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) for Hebrew-speaking subjects with and without hand injury. Disabil Rehabil. 13 (2016);
- Mayer, C. – Developing a Telephone Assessment of Physical Activity (TAPA) Questionnaire for Older Adults. Preventing Chronic Disease. 5:1 (2008);
- Moreira, A. [et al.] – Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 – 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 95 (2015);
- Norma nº 014/2014. Direção Geral da Saúde. Lisboa;
- Nubila, H; Buchalla, C. – O papel das classificações da OMS: CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Revista Brasileira Epidemiológica. 11:2 (2008) 324-335;
- Organização Mundial de Saúde (OMS) – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2004;
- Pain, J. – Tender Point Count, Pain and Mobility in the Older Population: The Mobilize Boston Study. 11:1 (2010) 62-70;
- Pereira, C. [et al.] – Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 29:1 (2011) 53-63;
- Pernambuco, A.; Lana, R.; Polese, J. – Opinião de profissionais acerca da viabilidade de uso da CIF. Revista Científica CIF Brasil. 2:2 (2015) 25-33;
- Pinheiro, V. [et al.] – Avaliação da Capacidade de Realização de Atividades da Vida Diária em Pessoas Idosas. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. 1:2 (2015) 166-176;
- Reis, F. [et al.] – Contributo para a classificação da funcionalidade dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 33:1 (2015) 84-97;
- Roe, Y. [et al.] – A systematic review of measures of shoulder pain and functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). BMC Musculoskeletal Disorders. 14:73 (2013);



- Rohde, P.; Lewinsohn, P.; Seeley, J. – Comparability of telephone and face to face interviews in Assessing Axis I and II Disorders. Am J Psychiatry. 154:11 (1997) 1593-1598;
- Rosner, B – Fundamentals of Biostatistics. Boston: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2011. ISBN 0538733497;
- Santos, G.; Cunha, I. – Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: Um estudo na atenção básica da saúde. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 3:3 (2013) 820-828;
- Silva, C. – Adaptação e validação da WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 47:4 (2013) 752-758;
- Silveira, C. [et al.] – Adaptação Transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para Português. Revista da Associação Médica Brasileira. 59:3 (2013) 234-240;
- Ustün TB. [et al.] - Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ. 88:11 (2010) 815-823;
- Ustün, TB. [et al.] - The International Classification of Functioning Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil. 25 (2013) 565-571.
- Verbrugge, L.; Jette, A. – The Disablement Process. Soc. Sci. Med. Great Britain. 38:1 (1994) 1-14;
- World Health Organization (WHO) – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: WHO, 1980;
- World Health Organization (WHO) – Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule 2.0. 1ª ed. Geneva: TB, Ustun; N. Kestanjsek; S. Chatterji; J. Rehm, 2010;

## **APÊNDICES**

<b>APÊNDICE 1</b> – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES .....	51
<b>APÊNDICE 2</b> – FOLHA DE INFORMAÇÕES.....	54
<b>APÊNDICE 3</b> – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
<b>APÊNDICE 4</b> – WHODAS 2.0 – 12 ÍTENS, VERSÃO PRESENCIAL .....	57
<b>APÊNDICE 5</b> – WHODAS 2.0 – 12 ÍTENS, VERSÃO TELEFÔNICA .....	59

## Apêndice 1 – Pedidos de Autorização às Instituições

Daniela Domingues  
Departamento de Ciências Médicas  
Universidade de Aveiro  
Abras do Crasto, Edifício 30  
Campus Universitário Santiago  
3810-193 Aveiro  
email: daniela.domingues@ua.pt  
telefone:917908078

Aveiro, 30 de Março de 2016

Exmo. Senhor Presidente da Universidade Sénior de Vagos,

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo que visa validar a aplicação por telefone e por computador/tablet a versão portuguesa da WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 50 anos ou mais.

Nome do Investigador Principal: Daniela Domingues

Título do Projeto de Investigação: Validação da WHODAS 2.0 – 12 itens versão Portuguesa, aplicada via telefone e em suporte digital, em pessoas com 50 ou mais anos

Exmo. Senhor,

Sou estudante do Mestrado de Gerontologia do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro e pretendo realizar um estudo que corresponde à validação da aplicação por telefone e por computador/tablet da versão portuguesa da WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 50 ou mais anos.

Junto envio o protocolo detalhado do estudo, bem como, a documentação que será utilizada para informar os participantes e para a recolha de dados, junto dos alunos da Universidade Sénior de Vagos.

Assim, endereço a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>. pedido de apreciação e parecer. Caso seja necessária alguma informação adicional, agradeço-lhe a gentileza de entrar em contacto comigo.

Melhores cumprimentos,

Daniela Domingues

Em anexo:

Curriculum Vitae

Protocolo do estudo

Daniela Domingues  
Departamento de Ciências Médicas  
Universidade de Aveiro  
Aguas do Crasto, Edifício 30  
Campus Universitário Santiago  
3810-193 Aveiro  
email: daniela.domingues@ua.pt  
telefone:917908078

Aveiro, 3 de Março de 2016

Exmo. Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vagos,

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo que visa validar a aplicação por telefone e por computador/tablet a versão portuguesa da WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 50 anos ou mais.

Nome do Investigador Principal: Daniela Domingues

Título do Projeto de Investigação: Validação da WHODAS 2.0 – 12 itens versão Portuguesa, aplicada via telefone e em suporte digital, em pessoas com 50 ou mais anos

Exmo. Senhor,

Sou estudante do Mestrado de Gerontologia do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro e pretendo realizar um estudo que corresponde à validação da aplicação por telefone e por computador/tablet da versão portuguesa da WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 50 anos ou mais.

Assim sendo, peço a autorização de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> para realizar a recolha de dados inerente ao estudo em desenvolvimento, junto dos clientes da valência de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da Santa Casa da Misericórdia de Vagos.

Junto envio o protocolo detalhado do estudo, bem como, a documentação que será utilizada para informar os participantes e para a recolha de dados. Caso seja necessária alguma informação adicional, agradeço-lhe a gentileza de entrar em contacto comigo.

Melhores cumprimentos,

Daniela Domingues

Em anexo:

Curriculum Vitae

Protocolo do Estudo

Daniela Domingues  
Departamento de Ciências Médicas  
Universidade de Aveiro  
Agras do Crasto, Edifício 30  
Campus Universitário Santiago  
3810-193 Aveiro  
email: daniela.domingues@ua.pt  
telefone:917908078

Aveiro, 3 de Março de 2016

Exmo. Senhor Presidente da Comissão Científica da Associação do Porto de Paralisia Cerebral,

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo que visa validar a aplicação por telefone e por computador/tablet a versão portuguesa da WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 50 anos ou mais.

Nome do Investigador Principal: Daniela Domingues

Título do Projeto de Investigação: Validação da WHODAS 2.0 – 12 itens versão Portuguesa, aplicada via telefone e em suporte digital, em pessoas com 50 ou mais anos

Exmo. Senhor,

Sou estudante do Mestrado de Gerontologia do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro e pretendo realizar um estudo que corresponde à validação da aplicação por telefone e por computador/tablet da versão portuguesa da WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 50 ou mais anos.

Junto envio o protocolo detalhado do estudo, bem como, a documentação que será utilizada para informar os participantes e para a recolha de dados. Assim, endereço a V.ª Ex.ª. pedido de apreciação e parecer. Caso seja necessária alguma informação adicional, agradeço-lhe a gentileza de entrar em contacto comigo.

Melhores cumprimentos,

Daniela Domingues

Em anexo:

Curriculum Vitae

Protocolo do estudo

# Folha de Informações



Daniela Domingues  
917908078  
daniela.domingues@ua.pt

## 1. Introdução

Sou aluna do Mestrado de Gestão em Gerontologia do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro e gostaria de o/a convidar para participar no estudo que estou a realizar. Contudo, antes de decidir se gostaria de participar, é importante que compreenda os objetivos do estudo e toda a sua envolvente.

Peço-lhe que leia atentamente as informações que se seguem e que as discuta com parentes e/ou amigos, caso deseje. Por favor, sinta-se à vontade para me contactar e colocar todas as questões que lhe surjam.

## 1. Informação Adicional

A OMS desenvolveu o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* – WHODAS 2.0 com o intuito de avaliar a incapacidade percebida associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem à sua aplicação. O WHODAS 2.0 mostra-se útil para avaliar a saúde e os níveis de funcionalidade de uma forma uniformizada, na população geral e em grupos específicos.

Assim sendo, este estudo pretende analisar a validade do instrumento de avaliação WHODAS – 12 itens versão portuguesa, aplicado via telefone e em suporte digital.

## 2. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Para participar neste estudo procuramos pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, que residam na comunidade ou estejam institucionalizadas, com ou sem incapacidade percebida.

## 3. Sou obrigado a participar no estudo?

Salienta-se que, a tomada de decisão de participar no estudo é sua! Se decidir participar no estudo terá de assinar uma folha intitulada como Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

Se pretender desistir após o seu consentimento, poderá fazê-lo a qualquer altura e sem apresentar explicações/justificações.

**4. O que irá acontecer se eu participar no estudo?**

Se decidir participar no estudo, serão realizadas três entrevistas com a investigadora do estudo para aplicar o WHODAS 2.0 – 12 itens. A primeira entrevista é de forma presencial, a segunda entrevista será por telefone e a terceira entrevista será realizada com recurso ao computador/tablet.

**5. Quais os possíveis riscos e/ou benefícios em participar neste estudo?**

O estudo realiza-se no âmbito de um projeto de investigação e não engloba riscos e benefícios para o participante. No entanto, os resultados deste estudo irão ajudar a investigadora a obter o grau de mestre e, para além disso, auxiliará profissionais da área a perceber a validade apresentada pelo instrumento de avaliação em questão, quando aplicado via telefone e em suporte digital a pessoas com 50 ou mais anos.

**6. O que acontecerá aos resultados do estudo?**

Uma vez concluído o estudo, os resultados serão apresentados no final do ano letivo 2015/2016, sob forma de dissertação para obtenção do grau de mestre em Gerontologia e, também, poderão ser publicados numa revista científica.

**7. Será assegurada a confidencialidade de dados?**

Garante-se que todas as informações que forneça não serão publicamente divulgadas a partes não envolvidas no processo de investigação e que permitam identifica-lo não serão reportadas na base de dados do estudo.

**Agradeço a atenção disponibilizada!**

Daniela Domingues  
(Investigadora Principal)

### Apêndice 3 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

#### Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna apropriada:

	Sim	Não
O investigador informou-lhe que serão realizadas duas entrevistas, com a finalidade de aplicar um instrumento de avaliação chamado WHODAS 2.0, com 12 perguntas?		
O investigador informou-lhe que a segunda entrevista será realizada por telefone?		
O investigador salientou que o questionário é confidencial e que todas as informações que der não serão reveladas?		
O investigador avisou-lhe que a sua participação é obrigatória, não podendo desistir do estudo?		

Nestas circunstâncias, decido livremente participar no estudo de investigação da discente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia, no Departamento de Ciências Médicas Saúde da Universidade de Aveiro.

Assinatura do(a) participante:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da Investigadora Principal:

\_\_\_\_\_



**ENTREVISTA PRESENCIAL**

Número de participante: \_\_\_\_\_

**1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Gênero: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

**2. INFORMAÇÃO CLÍNICA**

Doenças/Lesões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problemas com álcool e/ou drogas? \_\_\_\_\_

Precisa de ajuda nas atividades de vida diária? Se sim, em quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. WHODAS 2.0**

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Quanta dificuldade teve em ficar em pé por longos períodos de tempo, como 30 minutos?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em aprender uma nova tarefa, como por exemplo: aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em participar em atividades na comunidade (como por exemplo: festivais, religiosos ou outros) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5

Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em andar longas distâncias, como um quilômetro?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em lavar o todo o corpo?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em vestir-se?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve em manter uma amizade?	1	2	3	4	5
Quanta dificuldade teve no seu trabalho do dia-a-dia?	1	2	3	4	5

## Apêndice 5 – WHODAS 2.0 – 12 Itens, Versão Telefónica

### GUIA TELEFÓNICO

Bom(a) dia/tarde. Chamo-me Daniela Domingues e sou aluna da Universidade de Aveiro e tenho o prazer de estar a falar consigo. Encontro-me a realizar um questionário completamente confidencial, todas as informações que me fornecer não serão reveladas, apenas serão utilizadas para efeitos de estudo.

Este estudo é sobre a validação de um questionário da Organização Mundial de Saúde, que se chama WHODAS 2.0 – 12 itens, para a sua versão telefónica. É relativo a avaliação da dificuldade que sentiu, nos últimos 30 dias, em realizar algumas tarefas devido à sua condição de saúde. Tem 12 perguntas, em que as respostas vão de 1 (que significa nenhuma dificuldade) até 5 (que significa completa dificuldade ou não faz a atividade).

Se durante a nossa conversa não quiser responder a alguma questão, não há qualquer problema, apenas terá de o comunicar. A nossa conversa deverá durar entre 5 a 10 minutos. Para tal, gostaria de saber se pode responder a umas breves perguntas. A sua participação é muito importante para mim.

Assim sendo, o(a) Sr.(a) aceita participar neste estudo?

**[Após o participante consentir participar]**

Farei então algumas perguntas sobre si e sobre alguns aspetos do seu dia-a-dia. Antes de começarmos tem alguma dúvida ou pergunta que queira colocar agora?

Para começar, pergunto-lhe...

[Género: \_\_\_\_\_]

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Doenças/Lesões: \_\_\_\_\_

*(perguntar se apresenta algum problema com álcool ou drogas)*

Precisa de ajuda nas suas atividades da vida diária? \_\_\_\_\_

Agora iniciarei as 12 questões relativas ao questionário que estou a validar. Se não compreender alguma questão esteja á vontade para interromper, eu volto a repetir.

1. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em ficar em pé por longos períodos de tempo, como 30 minutos?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
2. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em tratar das suas responsabilidades domésticas?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
3. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em aprender uma nova tarefa (como por exemplo aprender o caminho para um novo lugar?)	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
4. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em participar em atividades na comunidade (como por exemplo festivais, religiosos ou outros) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
5. Nos últimos 30 dias, quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	Nada	Ligeira/e	Moderada/e	Grave/e	Completa/e
6. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
7. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em andar longas distâncias, como um quilómetro?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
8. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em tomar banho?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
9. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em vestir-se?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
10. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em lidar com pessoas que não conhece?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
11. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em manter uma amizade?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz
12. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve no seu trabalho do dia-a-dia?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ não faz

Muito obrigada, não tenho mais nenhuma pergunta a fazer. Chegámos ao fim da nossa conversa, salientando que as suas respostas irão ser muito valiosas para o estudo que estou a desenvolver. Gostaria de dizer mais alguma coisa que considere importante?  
Ficamos então por aqui. Resto de um(a) bom(a) dia/tarde!