

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MARIANA VIEIRA ROSA

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE E FUNCIONALIDADE DE IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO FUNCIONAL
FISIOTERAPÊUTICO.

UBERLÂNDIA-MG

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MARIANA VIEIRA ROSA

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE E FUNCIONALIDADE DE
IDOSOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO
FUNCIONAL FISIOTERAPÊUTICO.

Trabalho de Conclusão de Curso de
Fisioterapia na Universidade Federal de
Uberlândia apresentado como critério para
obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo Piva Biagini.

UBERLÂNDIA-MG

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que prepararam o meu caminho para que esse dia enfim chegasse. Jamais vou esquecer o que me ensinaram, todo amor e exemplo que me deram, sem vocês nada disso seria possível. Dedico também à minha irmã, que é minha força e inspiração.

AGRADECIMENTO

Agradeço o apoio da minha família, especialmente aos meus pais, José Vitorio e Jaqueline, e minha irmã Ana Carolina Rosa. Agradeço também aos meus amigos e amigas que me dão apoio essencial e me enchem de felicidade.

SUMÁRIO

Lista de tabelas e gráficos	5
Resumo	6
Introdução	8
Justificativa	
Objetivo	
Hipótese	
Instrumentos e métodos de coleta de dados	
Local de realização das etapas	
Seleção da amostra	
Critérios de inclusão.....	
Critérios de exclusão	
Resultados	
Discussão	
Conclusão	
Referências bibliográficas	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo gênero, estado civil, condição em que vive no momento e cor autodeclarada.

Tabela 2: Distribuição do score total do questionário Whodas 2.0 por faixa etária.

Tabela 3: Média dos resultados dos instrumentos FPP, TUG, GDS e FES-I da amostra e valores preditos de boa funcionalidade e bom quadro de saúde mental.

Tabela 4: Média, desvio padrão (DP) e coeficiente de correlação de Pearson para WHODAS 2.0, TUG, FPP e GDS

Tabela 5: Mediana (IQ25;IQ75) e coeficiente de correlação de Spearman para WHODAS 2.0, FES-I, GDS.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gráfico de dispersão dos resultados do domínio 4 do questionário WHODAS 2.0 e GDS-15.

Gráfico 2: Gráfico de dispersão dos resultados do domínio 6 do questionário WHODAS 2.0 e GDS-15.

Gráfico 3: Gráfico de dispersão dos resultados da FES-I e domínio 3 do questionário WHODAS 2.0

Gráfico 4: Gráfico de dispersão dos resultados da FES-I e domínio 5 do questionário WHODAS 2.0

Gráfico 5: Gráfico de dispersão dos resultados da mensuração de FPP e domínio 2 do questionário WHODAS 2.0

Gráfico 6: Gráfico de dispersão dos resultados do teste *Time Up and Go* e domínio 2 do questionário WHODAS 2.0

RESUMO

No cenário mundial, há uma transição demográfica demonstrada pelo aumento da população idosa, acompanhado pelo aumento da longevidade. A condição de saúde no envelhecimento é interferida pela capacidade física e estado de saúde mental. Quando há perdas físicas e funcionais, a mobilidade, a capacidade de realizar atividades de vida diária e a autonomia sofrem influências negativas e diminuem a qualidade de vida do idoso; e possivelmente repercutindo na saúde mental. Um contexto onde a saúde mental encontra-se prejudicada manifestações na participação social, relações interpessoais e atividades de vida diária são visíveis. A necessidade de uma pesquisa nesta área é dada pelo aumento da população senil e seu possível declínio da condição de saúde. As ferramentas de avaliação compõem um sistema de análise da condição de saúde, dimensionando as deficiências; e possibilitando a avaliação das possíveis intervenções em saúde e seus impactos. Dentre estas abordagens destaca-se o programa fisioterapêutico trabalhando a modalidade de treinamento funcional. As ferramentas de avaliação utilizadas neste estudo são: questionários WHODAS 2.0. (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*), FES-I (*Falls Efficacy Scale–International*), GDS-15 (*Geriatric Depression Scale*), teste TUG (*Time Up And Go*) e força de preensão palmar. A amostra é composta por 30 participantes de um programa fisioterapêutico funcional na Organização Social Vida Plena. A amostra apresenta média de idade de 68.3 anos (mínimo de 55 e máximo de 81 anos), sendo 86,6% do gênero feminino. A maioria dos idosos é casada, 40%, 53,3% se autodeclaram de etnia, branca, enquanto 30% pardos e 16,6% negros. Resultados: Medianas - TUG: 8,92 segundos, GDS-15: 4,0 pontos, FES: 27 pontos, Whodas 2.0: 66%, média da FPP: 20.3 Kg/f. Sendo desta maneira, idosos participantes de um programa fisioterapêutico de treinamento funcional apresentam em sua avaliação resultados que caracterizam um bom desempenho funcional.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo de transformações fisiológicas, progressivas e irreversíveis, onde há mudanças biológicas, sociais e psicológicas que ocorrem no indivíduo, acentuadas a partir dos 60 anos. A população senil está em crescimento no cenário mundial, e segundo estudos das Nações Unidas, uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e por volta de 2050, estima-se um crescimento para 1 em cada 5 pessoas.¹ Além disso, há uma provável ascensão na população idosa, especificamente no Brasil, cuja previsão até 2025, é se tornar o sexto país do mundo em número de idosos.² É considerada idosa toda a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos essa idade passa para os 65 anos.

O crescimento da população idosa, é acompanhado pelo aumento da longevidade, caracterizando uma transição demográfica. Esta tendência de envelhecimento da população brasileira e mundial está descrita por estudos epidemiológicos e análise de índices populacionais.^{2,3} Todo este processo que envolve a queda da mortalidade e da fecundidade e, está relacionado à saúde da população brasileira. Há uma longa mudança no sistema de saúde e evoluções médicas, como por exemplo, o impacto médico-tecnológico advindo da época da Segunda Guerra Mundial.³

No entanto, a população que adentra ao período de senescência, não apresenta necessariamente boas condições de saúde geral, colocando em pauta a qualidade dos anos acrescidos à expectativa de vida.⁴ O processo de envelhecimento tende a diminuir condições gerais da saúde, pois há um conjunto de alterações biológicas, que resultam na perda gradativa da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas, e consequente aumento do risco de desenvolver comorbidades. Ademais, percebe-se que há uma parcela da população que apresenta hábitos de vida desfavoráveis no desenvolvimento do processo de envelhecimento saudável, sejam estas dificuldades socioeconômicas, dificuldade de acesso ao atendimento apropriado e hábitos pessoais (sedentarismo, etilismo, tabagismo e obesidade).^{2,5,6}

Um dos problemas enfrentados na saúde pública são as doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes ou doenças cardiovasculares. Em contrapartida, impasses como distúrbios transmissíveis (doenças infecciosas), ainda são enfrentados no Brasil. Concomitantemente, aspectos psicológicos no idoso podem estar em decaimento e explicita-se a depressão no idoso. Esta, tem sido caracterizada como uma síndrome advinda de vários fatores, em um contexto de perda da capacidade cognitiva e qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças incapacitantes.^{2,3,4,5,6,7}

A possível diminuição nas interações sociais pode ser ocasionada pela redução da mobilidade, funcionalidade e autonomia. Consequentemente, o declínio cognitivo e motor apresentados pelos idosos, associados às comorbidades, como as doenças crônicas não-transmissíveis, corroboram ao processo de envelhecimento não saudável. Um fator que gera grande incapacidade funcional nos idosos são as quedas e suas sérias complicações. Entretanto, o medo de cair por si só é uma das consequências comuns e está associado à redução da mobilidade, perda da confiança no equilíbrio e restrição de atividades.^{3,5,6,7}

Faz-se necessária uma avaliação da condição de saúde e funcionalidade por meio de instrumentos como questionários, testes funcionais e escalas. A avaliação da condição de saúde e da funcionalidade darão bases para elaborar um programa fisioterapêutico de acordo com as deficiências e necessidades específicas daquele grupo de idosos. O *American College of Sport Medicine* define o conceito de força funcional como “trabalho realizado contra uma resistência de tal forma que a força gerada beneficie diretamente a execução de atividades da vida diária (AVD)”. Por meio do programa fisioterapêutico de treinamento funcional, são estabelecidos então quais os efeitos esperados em resposta à abordagem planejada, objetivos e metas.^{7,8} Dentre os instrumentos para avaliação do idoso, encontra-se o questionário WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) que proporciona uma medida geral de funcionalidade e impacto da doença na condição de saúde geral. Há também a medida da força de preensão palmar (FPP), e o teste *Time Up and Go* (TUG); que são indicadores de força global

e funcionalidade. Abrangendo o estado depressivo que pode ser encontrado no idoso, *Geriatric Depression Scale* (Escala Geriátrica de Depressão, GDS-15) é utilizada para rastrear estados depressivos em contexto comunitário nos idosos. Já a análise do medo de queda envolve influências físicas, comportamentais e funcionais. A escala *Falls Efficacy Scale–International* (FES-I) deve fazer parte de uma avaliação geriátrica ampla que englobe fatores biopsicossociais, pois em seu resultado é possível estabelecer os riscos de queda para cada idoso dentro de seu contexto de vida.^{9,10}

JUSTIFICATIVA

O aumento da população idosa observado é acompanhado pelo aumento da longevidade, caracterizando uma transição demográfica.³ A tendência de envelhecimento da população é explícita no mundo todo.

A condição de saúde no envelhecimento é interferida pela capacidade física e estado de saúde mental. Quando há perdas físicas e funcionais, a mobilidade, a capacidade de realizar atividades de vida diária e a autonomia sofrem influências negativas e diminuem a qualidade de vida do idoso. Se a saúde mental está em depleção há influências na participação social, nas relações interpessoais e nas atividades de autocuidado.

A necessidade de uma pesquisa nesta área é dada pela crescente transição demográfica quanto à população idosa e seu possível declínio da condição de saúde. As ferramentas de avaliação compõem um sistema de análise do impacto de qualquer condição de saúde, dimensionando as deficiências advindas de diferentes doenças. Além disso, possibilita a avaliação das possíveis ações voltadas ao futuro desta população, monitorando o impacto de intervenções em saúde. Dentre estas intervenções em saúde, destaca-se o treinamento funcional, que pode ser oferecido por meio de um programa fisioterapêutico. A abordagem no treinamento funcional visa melhorar as atividades de vida diária dos indivíduos. As ferramentas de avaliação averiguam estes fatores de influência na vida da população idosa sendo mensurados segundo questionários WHODAS 2.0., FES-I, GDS-15; bem como os testes físicos *Time Up And Go* e força de preensão palmar.

OBJETIVO GERAL

Avaliar a condição de saúde e funcionalidade de idosos participantes de um programa fisioterapêutico de treinamento funcional.

HIPÓTESE

Idosos participantes de um programa de treinamento funcional fisioterapêutico na atenção primária à saúde apresentam boa condição de saúde e funcionalidade.

INSTRUMENTOS E MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

A avaliação dos idosos foi realizada por meio da aplicação da ficha de identificação (anexo), Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), teste *Time Up and Go*, o resultado da mensuração da força de preensão palmar, *Falls Efficacy Scale International* (FES-I), questionário WHODAS 2.0 (anexo). A avaliação individual da funcionalidade e condição de saúde realizada durou cerca de 40 minutos.

A ficha de identificação é formada por uma anamnese que contém perguntas sobre dados pessoais, como idade, forma de renda, medicamentos, histórico de saúde, hábitos de vida diária (etilismo, tabagismo) e hábitos de atividade física.

A Escala de Depressão em Geriatria (*Geriatric Depression Scale* – GDS 15) é um instrumento utilizado na investigação de depressão no idoso. Esta escala oferece medidas válidas para a avaliação de transtornos depressivos.⁹ As versões reduzidas da GDS, 15 itens por exemplo, estão sendo aplicadas mais frequente pela sua praticidade mantendo sua confiabilidade. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica, além de possibilitar monitorar mudanças ao longo do tempo.^{11,12}

A FES-I (*Falls Efficacy Scale International* - Escala Internacional De Eficácia De Quedas) apresenta questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar atividades cotidianas. O escore total pode variar de 16 (ausência de preocupação) a 64 (preocupação extrema). As alternativas para resposta são: 1- nem um pouco preocupado, 2- um pouco preocupado, 3- muito preocupado e 4-

extremamente preocupado. Uma pontuação maior ou igual a 23 pontos sugere associação com histórico de queda esporádica e maior ou igual a 31 pontos sugere queda recorrente. Os participantes devem responder os itens pensando em sua própria opinião para mostrar o quanto estão preocupados com a possibilidade de uma queda ao realizar as atividades descritas nas perguntas, lembrando como são feitas habitualmente, seja com dispositivo de auxílio a marcha ou sapato habitual. Estudos têm demonstrado a relevância clínica do medo de cair devido à associação com desfechos adversos na saúde dos idosos.^{13,14}

O teste *Timed Up and Go* (TUG) é um instrumento de fácil aplicação e reprodução com idosos na prática clínica para o rastreio de quedas. Seu objetivo principal é avaliar a mobilidade e equilíbrio durante o indivíduo se levantar ao ouvir o comando, caminhar por três metros até à linha marcada no chão, virar-se percorrendo a mesma distância e sentar-se novamente. Para análise de resultado, esta ação será cronometrada e comparada com os valores preditos por Podsiadlo & Richardson, 1991. A partir dos resultados do TUG os idosos podem ser classificados em três grupos: 1) 10 segundos ou menos: baixo risco de quedas e indivíduos independentes sem alterações funcionais importantes; 2) 20 segundos ou menos: médio risco de quedas e indivíduos com independência em transferências básicas; e 3) 30 segundos ou mais: alto risco de quedas e indivíduos dependentes em AVDs e com mobilidade alterada. Para a realização do teste é adequado que use o calçado habitual e seu auxiliar de marcha caso tenha. A cadeira utilizada apresenta de 46cm de altura e apoio para as costas.

O teste *Time Up and Go* possibilita observar o equilíbrio do paciente nas transferências da posição assentada para de pé e estabilidade na deambulação. As pessoas frágeis tem um tempo superior de execução do teste, do que os não frágeis, indicando de instabilidade postural e alto risco de quedas, distúrbio da marcha. Os resultados do TUG relacionam-se a fragilidade, exaustão, perda de peso, lentidão, fraqueza, déficit da atividade física, capacidade cognitiva. A vantagem deste teste é sua rapidez e facilidade para realizá-lo em qualquer lugar, além das importantes informações sobre a força das pernas, a capacidade de equilíbrio e as estratégias

de que se vale o idoso para executar os movimentos, que são aspectos determinantes para a realização adequada das atividades da vida diária.^{15,16,17,18,19.}

Nesta avaliação, foi realizada também a mensuração da força de preensão palmar (FPP) por meio da medição da força isométrica máxima por cinco segundos utilizando o dinamômetro Jamar Smedley-Type Lightweight Hand Dynamometer.¹⁸ A avaliação será realizada de acordo com as seguintes orientações: o idoso deve ser posicionado sentado, com os pés apoiados no chão, quadris e joelhos a 90° de flexão, com braço disposto junto à lateral do corpo, em adução. sem apoio. O cotovelo deve ser posicionado a 90° de flexão, com o antebraço e punho em posição neutra. O braço deve ser mantido suspenso no ar com a mão posicionada no dinamômetro, que é sustentado pelo avaliador. Foram realizados três movimentos máximos da mão dominante com 1 minuto de descanso entre eles. O resultado deve ser dado pelo maior valor de 3 tentativas, em quilograma força (Kgf). Como valor de referência foi adotado neste presente estudo o ponto de corte de 25,8 kgf para homens e 17,4 kgf para mulheres (Souza Vasconcelos,2016). É um método simples de avaliação da função muscular na prática clínica e juntamente da avaliação do teste *Time Up and Go* (TUG), tem sido considerada como um importante marcador da capacidade física de idosos.^{20,21,22,23,24,25}

O instrumento WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) permite um sistema de medição do o impacto de qualquer condição de saúde em termos de funcionalidade. Além de sua utilização para comparar deficiências advindas de diferentes doenças, possibilita também monitorar o impacto de intervenções em saúde ou relacionadas à saúde. Um aspecto que torna o WHODAS 2.0 uma boa ferramenta para a prática clínica é sua aplicação em diferentes grupos e ambientes por se tratar de um instrumento genérico e sua facilidade de aplicação. É dividido em seis domínios, totalizando 36 itens de pergunta, há também versões reduzidas com 12 e 24+12 questões. Suas perguntas são divididas em 6 domínios que questionam sobre diversos aspectos como cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação social.²⁶

No domínio 1, é avaliada a cognição por meio de 6 itens sobre comunicação e atividades de raciocínio; incluindo concentração, memória, capacidade de resolução de problemas e aprendizado. Já no domínio 2; a mobilidade será avaliada por meio de 5 questionamentos de atividades como transferências posturais ao ficar em pé, bem como movimentar-se pela casa, sair de casa e caminhar longas distâncias. O domínio 3 abrange o autocuidado por meio de 4 itens sobre higiene própria, como ficar sozinho, vestir-se e alimentar-se. O domínio 4 diz respeito sobre as relações interpessoais, avaliando as interações com outras pessoas e dificuldades que podem ser encontradas nos 5 itens. O domínio 5 questiona sobre atividades de vida e dificuldades com atividades diárias como responsabilidades domésticas, e responsabilidades com o próprio lazer, trabalho e escola. Apresenta 4 itens. Por fim, o domínio 6 leva em consideração a participação social, avaliando 8 itens sobre dimensões sociais como atividades comunitárias; barreiras e problemas com outros assuntos como manutenção da dignidade pessoal e gastos financeiros.²⁶

A pontuação do WHODAS 2.0 pode ser computada de duas maneiras: a pontuação simples ou pontuação complexa. Neste estudo foi adotada a pontuação simples, então as respostas atribuídas a cada um dos itens são somadas, sem acrescentar pesos específicos ou recodificar as respostas. A pontuação de cada item dentro dos domínios obedece a escala de Likert, ou seja, variam de “nenhuma” a “extrema ou não consegue fazer”, ou “Não aplicável”. Sendo, “nenhuma” (1), “leve” (2), “moderado” (3), “severo” (4), “extremo” (5). Este modo de pontuação do WHODAS 2.0 fornece resultados específicos à amostra usada e não podem ser assumidos como comparável entre populações. Como resultado, a soma simples das pontuações dos itens entre todos os domínios constitui uma estatística que é suficiente para descrever o grau de limitações funcionais, por domínios separadamente ou pontuação geral.²⁶

Para análise estatística deste presente estudo foram realizados os testes de normalidade Shapiro-Wilk, e calculado o coeficiente correlação de Spearman ou Pearson segundo adequado para a variável. Foi utilizado o software BioEstat 5.3,

sendo considerado $p \leq 0.05$. Segundo Cohen (1988), valores de correlação entre 0,10 e 0,29 podem ser considerados fracos; escores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como moderados; e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como fortes.

LOCAL DE REALIZAÇÃO

A coleta de dados da pesquisa foi realizada na Organização Social Vida Plena, em Uberlândia-MG. A Organização Social Vida Plena-OSVP atende crianças, adolescentes, adultos e terceira idade. No trabalho com adultos e idosos, o foco é melhorar a qualidade de vida através de múltiplas atividades como: Educação Física, Nutricional, Fisioterapia Preventiva em Grupo, Hidroginástica.

SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 30 indivíduos pertencentes ao grupo de idosos participantes de um programa fisioterapêutico funcional na Organização Social Vida Plena, que foram convidados a participar como voluntários, por meio de comunicação verbal, via ligação telefônica realizada pela pesquisadora, especificando data e horário programada para avaliação na referida Organização.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os participantes deveriam ser residentes no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília 1 / participantes da Organização Social Vida Plena. Ter idade igual ou superior a 55 anos, condição de se locomover independentemente e atender a comandos de voz, podendo ser de ambos os sexos. Os métodos para a verificação dos critérios de inclusão se darão por meio da ficha de avaliação e avaliação física.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Incapacidade de locomoção independente até a Organização Social Vida Plena. Além de apresentar diagnóstico doenças que comprometam a cognição. Os métodos para a verificação dos critérios de exclusão se darão por meio da ficha de avaliação e avaliação física.

RESULTADOS

O grupo de idosos participantes do programa fisioterapêutico funcional apresenta média de idade de 68.3 anos (mínimo de 55 e máximo de 81 anos), sendo 86,6% do gênero feminino. A maioria dos idosos é casada, 40%, seguida de 36,6% de viúvos, 13,3% divorciados e 10% solteiros. Somente sete idosos (23,3%) moram sozinhos. Quanto à autodeclaração de etnia, 53,3% se declaram brancos, enquanto 30% pardos e 16,6% negros.

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo gênero, estado civil, condição em que vive no momento e cor autodeclarada.

Característica	N	%
Gênero		
Feminino	26	86,6%
Masculino	4	13,3%
Estado civil		
Casado	12	40%
Viúvo	11	36,6%
Divorciado	4	13,3%
Solteiro	3	10%
Condição em que vive no momento		
Sozinho	7	23,3%
Mora com alguém	23	76,6%
Etnia autodeclarada		
Branco	16	53,3%
Pardo	9	30%
Negro	5	16,6%

De acordo com a evolução da idade, o comprometimento da condição de saúde aumenta; segundo demonstrado pela distribuição da pontuação geral do questionário WHODAS 2.0 da amostra deste estudo.

Tabela 2: Distribuição do score total do questionário Whodas 2.0 por faixa etária e mediana dos resultados.

Faixa Etária	N (%)	Média do Resultado Total Whodas 2.0 (%)
55 – 69 anos	16 (53,3%)	70%
70 – 79 anos	12 (40%)	73,25%
> 80 anos	2 (6,6%)	81%
Mediana Total	30	66%

Tabela 3: Média dos resultados dos instrumentos FPP, TUG, GDS e FES-I da amostra e valores preditos de boa funcionalidade e bom quadro de saúde mental.

	MÉDIA DE RESULTADO DA AMOSTRA	VALORES PREDITOS
FPP	20,3 Kg/f	Homens: 25,8 Kg/f Mulheres: 17,4 Kg/f
TUG	8,2 s	10 s
GDS	4 pontos	5 pontos
FES-I	27 pontos	23 pontos

A média dos resultados obtidos pela avaliação da amostra apontam uma boa funcionalidade quando comparados aos valores de referência indicadores de um bom estado funcional e bom quadro de saúde mental.

O coeficiente de correlação de Pearson pela análise estatística entre o questionário WHODAS 2.0 (Domínio 2) e TUG, aponta uma correlação moderada entre estas variáveis. Já o coeficiente de Pearson entre WHODAS 2.0 (Domínio 2) e FPP exibe uma forte correlação. Segundo análise estatística de Spearman, o questionário WHODAS 2.0 (D3) e FES-I, apresentam uma correlação forte. Possivelmente a correlação forte encontrada entre os resultados das ferramentas WHODAS 2.0 Domínio 3 e FES – I é relacionada ao conteúdo dos itens das mesmas, uma vez em que o questionamento abordado se assemelham.

Tabela 4: Média, desvio padrão (DP) e coeficiente de correlação de Pearson para WHODAS 2.0, TUG, FPP e GDS.

	MÉDIA $\approx$ DP	p (r)
WHODAS D2	65.2083 $\approx$ 26.1937	r = 0.4225 (p) = 0.0199
TUG	10.3690 $\approx$ 4.2396	
WHODAS D2	65.2083 $\approx$ 26.1937	r = 0.6941 (p) $\leq$ 0.0001
FPP	20.9833 $\approx$ 7.4919	
WHODAS D6	62.3610 $\approx$ 20.3976	r = 0.1216 (p) = 0.5220
GDS	4.3000 $\approx$ 2.2766	

Tabela 5: Mediana (IQ25;IQ75) e coeficiente de correlação de Spearman para WHODAS 2.0, FES-I, GDS.

	MEDIANA (IQ25;IQ75)	p (rs)
WHODAS D3	50.0000 (40.0000; 70.0000)	rs = 0.5306 (p) = 0.0025
FES-I	27.0000 (21.2500; 31.7500)	
WHODAS D4	75.0000 (52.0833; 81.2500)	rs = 0.2991 (p) = 0.1083
GDS	4.0000 (2.2500;5.0000)	
WHODAS D5	100.0000 (62.5000; 130.0000)	rs = 0.2900 (p) = 0.1200
FES	27.0000 (21.2500; 31.7500)	

A construção dos gráficos de dispersão permite a análise dos valores obtidos na avaliação dos idosos, uma vez em que evidencia a relação entre as variáveis. Quanto maior a correlação entre as variáveis, maior será a proximidade dos pontos, ou seja, estarão menos dispersos. Isto é observado nos gráficos de dispersão entre os scores totais dos instrumentos de avaliação deste estudo.

Gráfico 1: Gráfico de dispersão dos resultados do domínio 4 do questionário WHODAS 2.0 e GDS-15.

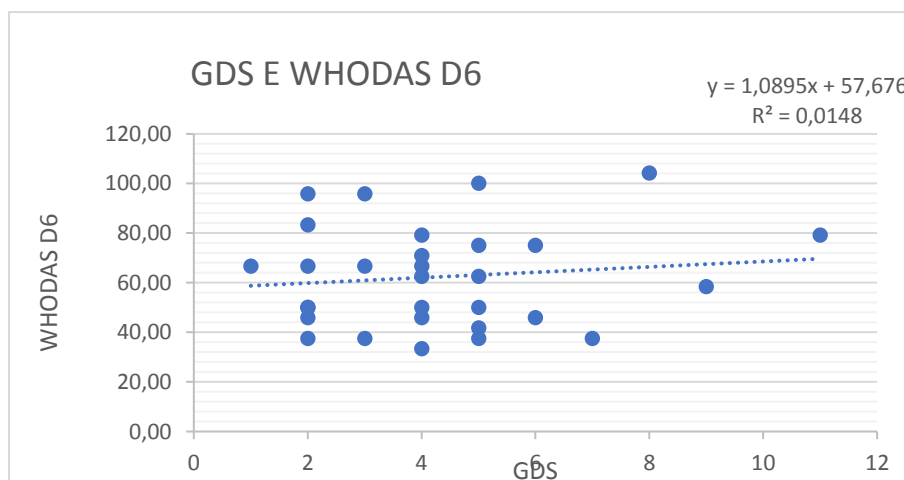
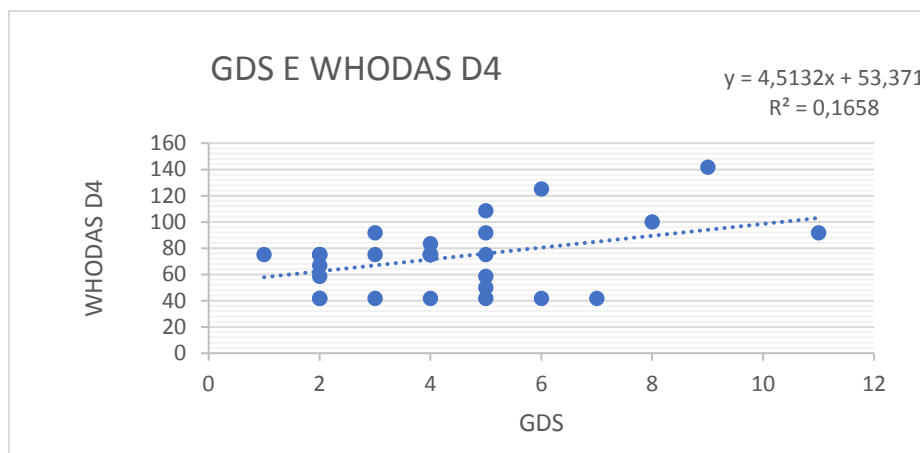


Gráfico 2: Gráfico de dispersão dos resultados do domínio 6 do questionário WHODAS 2.0 e GDS-15.



A linha de tendência entre os pontos resultantes da avaliação do domínio 4 e 6 do questionário WHODAS 2.0 e a Escala de Depressão Geriátrica é ascendente, desta maneira, a correlação entre estas variáveis é positiva. Consequentemente, à medida que a condição de saúde se encontra pior (maiores escores no WHODAS 2.0) o quadro de saúde mental possivelmente apresenta um declínio (maiores escores na GDS-15).

Gráfico 3: Gráfico de dispersão dos resultados da FES-I e domínio 3 do questionário WHODAS 2.0

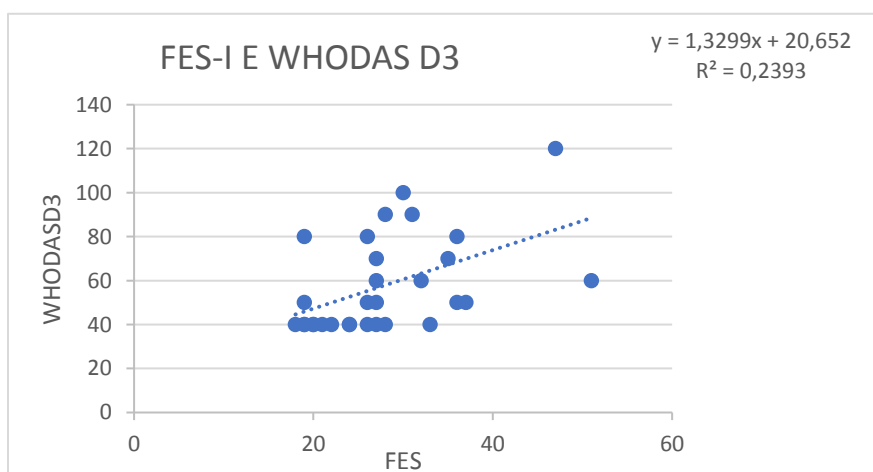
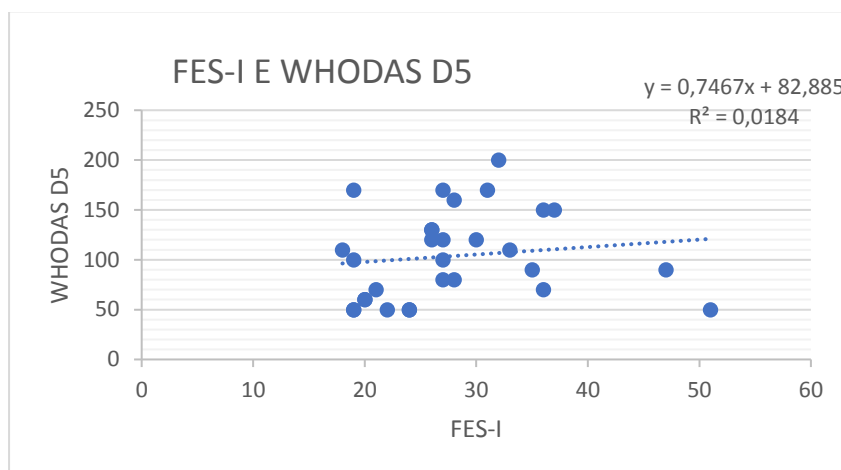
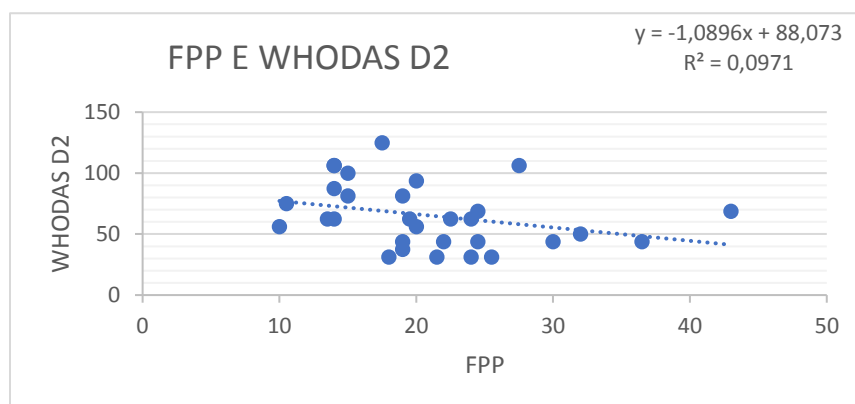


Gráfico 4: Gráfico de dispersão dos resultados da FES-I e domínio 5 do questionário WHODAS 2.0



As equações apresentadas entre os resultados da FES-I e WHODAS 2.0 Domínio 3 e 5 explicitam uma tendência à correlação positiva. Deste modo, na análise da amostra, os indivíduos com valores altos na Escala FES-I relacionados à queda e medo da possibilidade de cair, também têm altos valores no questionário WHODAS 2.0 indicando má condição de saúde.

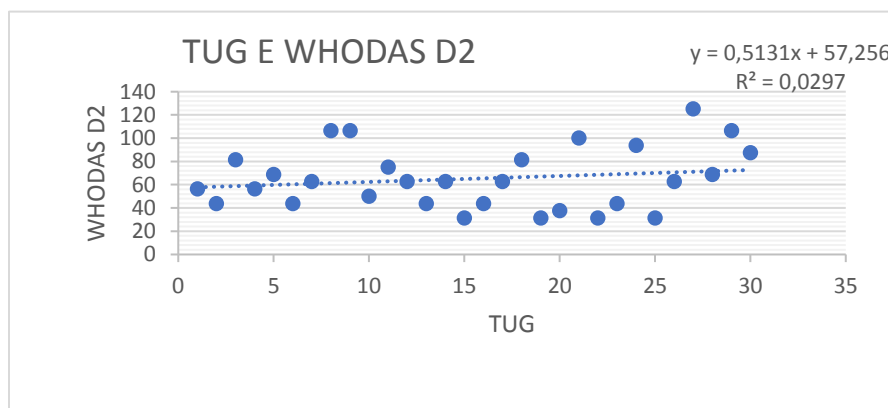
Gráfico 5: Gráfico de dispersão dos resultados da mensuração de FPP e domínio 2 do questionário WHODAS 2.0



A mensuração da força de pressão palmar mantém padrão de distribuição dos resultados com pontos próximos entre si, e a linha de tendência indicada entre FPP e domínio 2 do questionário WHODAS 2.0 demonstra uma correlação negativa. Ao contrário da linha de tendência ascendente resultante da relação entre TUG e WHODAS D.2 Domínio 2, indicando uma correlação positiva entre as ferramentas

sobre a avaliação da funcionalidade e a condição de saúde da amostra.

Gráfico 6: Gráfico de dispersão dos resultados do teste TUG e domínio 2 do questionário WHODAS 2.0



DISCUSSÃO

O Whodas 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) permite observar o impacto de qualquer condição de saúde em termos de funcionalidade e avalia o quesito mobilidade por meio de 5 itens no domínio 2. A abordagem deste domínio, mobilidade, permite associação com o teste *Time Up and Go* e força de preensão palmar. À medida que a força de preensão palmar é otimizada ou não diminui no decorrer do processo de envelhecimento, as atividades de vida diária são influenciadas. Segundo os resultados apresentados no TUG e FPP, o programa de treinamento funcional fisioterapêutico possibilita uma boa funcionalidade e conseqüentemente boa mobilidade dos participantes. Desta maneira, as incapacidades e deficiências que poderiam surgir são minimizadas; quando implementado um programa de fisioterapia. De forma geral, quando baixos resultados são encontrados (baixa FPP), associam-se a quedas, incapacidade e baixa qualidade de vida. Os idosos com força de preensão palmar (FPP) reduzida representam um grupo com déficits de massa corporal, apresentam problemas de saúde, limitações funcionais e mortalidade. Dificuldade de mobilidade, evidenciada pelo desempenho no TUGT foi fortemente associada com maior escore do

WHODAS 2.0. Dificuldades em mobilidade são frequentemente citadas como os primeiros sinais de incapacidade, fragilidade e quedas. Esses dados são tão importantes na funcionalidade do idoso que já têm sido identificados como preditores de mortalidade. Condições estas que não são verificadas na amostra do presente estudo, pois o score do TUG e FPP são satisfatórios e encontram-se em uma faixa de valores preditor de boa funcionalidade. ^{10, 20, 25, 26}

A escala FES-I (*Falls Efficacy Scale International*) apresenta questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair durante atividades cotidianas. A presença dos domínios de autocuidado e atividades de vida diária, 3 e 5 respectivamente, do questionário WHODAS 2.0; permite a análise relacionando as duas ferramentas de avaliação. Portanto, por haver correlação forte entre FES-I e WHODAS 2.0 (D3 - autocuidado) é possível inferir que a preocupação sobre cair influencia diminuindo a condição de saúde. A amostra teve como mediana de suas pontuações o valor de 27 pontos; que segundo o valor de normalidade sugere associação com histórico de queda esporádica, que é um patamar intermediário na escala. Logo, a condição de saúde dos indivíduos encontra-se boa por consequência de uma boa realização de suas tarefas frente ao medo de cair. ^{13,14,25}

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15) avalia o estado depressivo em idosos e seu resultado acima de 5 pontos caracteriza um quadro depressivo. O grupo avaliado apresenta pontuação média da GDS-15 de 4,30 pontos não apresentando, desta maneira, estado depressivo. O questionário WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) permite a análise de valores de incapacidade ou deficiência de cada domínio de avaliação, dentre eles relações interpessoais e participação social, domínio 4 e 6, respectivamente. Domínios que permitem uma associação com possível estado depressivo. No domínio 4 por exemplo, questiona-se: 'Quanta dificuldade você teve em lidar com pessoas que você não conhece? Quanta dificuldade você teve em manter uma amizade?' O contexto do treinamento fisioterapêutico no grupo avaliado envolve atividades coletivas, que propiciam um ambiente de criação de vínculo, amizade e acolhimento. A assiduidade dos idosos no programa de fisioterapia funcional

estimula a formação de relacionamento com pessoas desconhecidas ao mesmo tempo que mantém amizade entre eles. Já no domínio 6, há questionamentos sobre quanta dificuldade foi encontrada ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades ou atividades religiosas) e dificuldade por causa de barreiras ou obstáculos à sua volta. Neste domínio, o contexto refere-se a interações pessoais. Podendo desta maneira, influenciar a resposta apontando para um fator limitante, que pode impactar na mobilidade, condição que comprometera a saúde do idoso. Na literatura, o grupo de idosos abordado com sintomas depressivos apresentou desempenho funcional significativamente menor comparados com os que não tinham sintomas depressivos. Moderada correlação positiva com a GDS e denotando pior desempenho funcional naqueles idosos com maiores pontuações na GDS. ^{9,10,11}

CONCLUSÃO

Neste estudo, a amostra apresenta resultados da avaliação dentro dos valores preditos associados a um bom desempenho funcional e condição de saúde. Logo, podemos apontar que o programa fisioterapêutico promove um bom nível de funcionalidade para os idosos. Embora não haja um grupo controle, é possível inferir que a participação dos idosos no programa de exercícios propostos por fisioterapeutas auxilia na melhora da qualidade de vida e condição de saúde.

O objetivo deste presente estudo foi realizar a avaliação da condição de saúde e funcionalidade de idosos participantes de um programa de fisioterapia. O programa fisioterapêutico funcional tem como objetivo atuar na condição de saúde, melhorando-a, possibilitando melhorar a qualidade de vida. A condição de saúde foi contemplada pela aplicação do questionário WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*). A funcionalidade é abordada por meio de testes funcionais na avaliação dos idosos, sendo estes a mensuração da força de preensão palmar (FPP), teste *Time Up And Go* (TUG), a escala *Falls Efficacy Scale International* (FES-I) e a GDS-15 (*Geriatric Depression Scale*).

É fundamental a construção de um projeto terapêutico a partir da avaliação, incluindo diferentes estratégias que possam atender às necessidades dos usuários.

Esta identificação das demandas de saúde, sejam estas clínicas ou funcionais permitem a definição das intervenções a serem propostas, bem como as prioridades e metas terapêuticas. Desta maneira, é possível oferecer condições melhores para conviver com estas doenças por meio de intervenções assertivas planejadas frente a individualidade de cada idoso. O programa fisioterapêutico em grupo permite uma relação interpessoal significativa na vida dos idosos, atingindo aspectos como lazer, suporte social, bem como concerne aos âmbitos funcionais ocasionando consecutivamente melhora da funcionalidade, mobilidade e força muscular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. 2012
2. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
4. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2015.
5. Pinto Juliana Martins, Neri Anita Liberalesso. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013.
6. Chaimowicz Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública [Internet], 1997.
7. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. Med Sci Sports Exercise. 2009.
8. Silva-Grigoletto Marzo Edir Da, Brito Ciro Jose, Heredia Juan Ramon. Functional training: functional for what and for whom?. Rev. bras. cineantropom. desempenho hum. [Internet]. 2014
9. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba : SESA, 2017
10. Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2005
11. Almeida Osvaldo P., Almeida Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 1999
12. Paradela Emylucy Martins Paiva, Lourenço Roberto Alves, Veras Renato Peixoto. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005
13. Malini, Flávia & Lopes, Claudia & Lourenço, Roberto. Medo de quedas em idosos: uma revisão da literatura. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, 2014.
14. Camargos Flávia F. O., Dias Rosângela C., Dias João M. D., Freire Maria T. F. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos Brasileiros (FES-I-BRASIL). Rev. bras. fisioter. [Internet]. 2010
15. Martinez Bruno Prata, Santos Marilúcia Reis dos, Simões Leonardo Pamponet, Ramos Isis Resende, Oliveira Carolina Santana de, Forgiarini Júnior Luiz Alberto et

al . Segurança e reprodutibilidade do teste timed up and go em idosos hospitalizados. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2016

16. Margarida Pinheiro Rosa, Ana & Freitas, Alexandra & Lopes, Catarina & Gonçalves, Sandra & Redondo, Ana & Sousa, Luís. Propriedades métricas do Timed Up and Go Test no idoso: revisão integrativa da literatura. Revista Investigação Enfermagem, 2017.

17. Podsiadlo Diane, Richardson Sandra. The Timed “Up & Go”: A Basic Test of Functional Mobility for frail elderly Persons. J Am Geriatr Soc., 1991.

18. Souza Cibele Cardenaz de, Valmorbida Luiza Armani, Oliveira Juliana Pezzi de, Borsatto Alice Carvalho, Lorenzini Marta, Knorst Mara Regina et al . Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Rev. bras. geriatr. Gerontol, 2013

19. Pedro-Cuesta J, García-Sagredo P, Alcalde-Cabero E, Alberquilla A, Damián J, Bosca G, et al. Disability transitions after 30 months in three community-dwelling diagnostic groups in Spain. PLoS One. 2013.

20. Macedo Dayane de Oliveira, Freitas Letícia Mendes de, Scheicher Marcos Eduardo. Preensão palmar e mobilidade funcional em idosos com diferentes níveis de atividade física. Fisioter. Pesqui. [Internet]. 2014

21. Dias Jonathan Ache, Ovando Angélica Cristiane, Kulkamp Wladimir, Borges Junior Noé Gomes. Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. Rev. bras. cineantropom. desempenho hum. [Internet]. 2010

22. Figueiredo Iêda Maria, Sampaio Rosana Ferreira, Mancini Marisa Cota, Silva Fabiana, Souza Mariana. Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. Acta Fisiátr. 2007

23. de Souza Vasconcelos, Karina Simone, Domingues Dias, J. M, de Carvalho Bastone, A, Alvarenga Vieira, R, de Souza Andrade, A. C, Rodrigues Perracini, M., Oliveira Guerra, R., Corrêa Dias, R. Handgrip strength cutoff points to identify mobility limitation in community-dwelling older people and associated factors. The journal of nutrition, health and ag

24. Dias, Vanessa da Nóbrega. Avaliação do desempenho funcional de idosos com diabetes mellitus tipo 2. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

25. Gerales, Amandio A.R. et al. A força de preensão manual é boa preditora do desempenho funcional de idosos frágeis: um estudo correlacional múltiplo. Rev Bras Med Esporte, 2008.

26. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Organização Mundial da Saúde 2015.

ANEXOS

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Nº de Cadastro:

Data da avaliação: ____/____/____

1. Identificação e dados sociodemográficos

Nome: _____

Sexo: () F () M Idade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Estado civil: () casado () viúvo () solteiro () divorciado

Mora sozinho: () sim () não

Escolaridade: _____

Ocupação: _____ () Aposentado () Afastado

Etnia auto referida: _____

Renda: _____

2. Histórico de Saúde

Hipertensão Arterial Sistêmica: () sim () não

Histórico Familiar: () sim () não

Diabetes Mellitus: () sim () não

Histórico Familiar: () sim () não

Tabagista: () sim () não

Etilista: () sim () não

Outros problemas de saúde: _____

Medicamentos utilizados: _____

Atividade Física: () sim () não

Frequência: () 1x/semana () 2 a 3x/semana () 4 a 5x/semana () todos os dias

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA REDUZIDA – GDS 15

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

TIME UP AND GO – TUG

Resultado: _____ segundos

FORÇA DE PREENSÃO MANUAL – FPM

1ª medida _____ Kg/f
2ª medida _____ Kg/f
3ª medida _____ Kg/f

Escala de eficácia de quedas – Internacional (FES-I)

Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex: alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade.

	Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
1. Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira)	1	2	3	4
2. Vestindo ou tirando a roupa	1	2	3	4
3. Preparando refeições simples	1	2	3	4
4. Tomando banho	1	2	3	4
5. Indo às compras	1	2	3	4
6. Sentando ou levantando de uma cadeira	1	2	3	4
7. Subindo ou descendo escadas	1	2	3	4
8. Caminhando pela vizinhança	1	2	3	4
9. Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão	1	2	3	4
10. Indo atender o telefone antes que pare de tocar	1	2	3	4
11. Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
12. Visitando um amigo ou parente	1	2	3	4
13. Andando em lugares cheios de gente	1	2	3	4
14. Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada)	1	2	3	4
15. Subindo ou descendo uma ladeira	1	2	3	4
16. Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Este questionário contém a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista. *Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta. O texto a ser lido para o entrevistado está escrito em letra padrão azul.*

Seção 1 Folha de rosto

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

Seção 2: Informações gerais e demográficas

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

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

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista. Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

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

		voluntário ou caridade	
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)	9

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

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

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

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas. Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

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

Esforço aumentado, desconforto ou dor, lentidão, alterações no modo de você fazer a atividade

Diga ao(à) respondente:

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

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

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

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

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

DOMÍNIOS

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre compreensão e comunicação.

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

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1	<u>Concentrar-se</u> para fazer alguma coisa durante <u>dez minutos?</u>	1	2	3	4	5

D1.2	<u>Lembrar-se de fazer coisas importantes?</u>	1	2	3	4	5
D1.3	<u>Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?</u>	1	2	3	4	5
D1.4	<u>Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?</u>	1	2	3	4	5
D1.5	<u>Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?</u>	1	2	3	4	5
D1.6	<u>Começar e manter uma conversa?</u>	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

Domínio 3 Auto-cuidado

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

Domínio 4 Relações interpessoais

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

Domínio 5 Atividades de vida 5(1) Atividades domésticas

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

	precisava?					
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5

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

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

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

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho. **Mostre cartões resposta nº1 e nº2**

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

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

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

Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor,

foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

Questões H1-H3: Efeito das dificuldades

As questões H1-H3 avaliam o quanto as várias dificuldades que os respondentes têm encontrado afetam suas vidas.

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

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

Universidade Federal do Ceará - UFC

CARTÃO RESPOSTA nº 1

Condições de saúde:

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

CARTÃO RESPOSTA nº 2

- **Ter dificuldade com atividades significa:**
- **Esforço aumentado**
- **Desconforto ou dor**
- **Lentidão**
- **Alterações no modo de você fazer a atividade. Pense somente nos últimos 30 dias.**