

CENTRO UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA
CURSO DE FISIOTERAPIA

GABRIELA CARRERI VERGAMINI

**NÍVEL DE FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS COM DPOC NOS DIFERENTES
GRAUS DE OBSTRUÇÃO DA DOENÇA**

São Carlos
2019

GABRIELA CARRERI VERGAMINI

**NÍVEL DE FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS COM DPOC NOS DIFERENTES
GRAUS DE OBSTRUÇÃO DA DOENÇA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Central Paulista como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 85901318.0.0000.5504.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kamilla Tays Marrara Marmorato

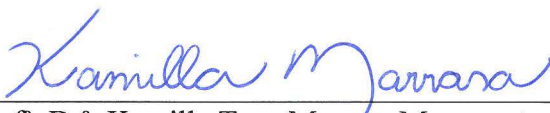
Coorientadora: Prof^a Dr^a Valéria Amorim Pires Di Lorenzo

São Carlos

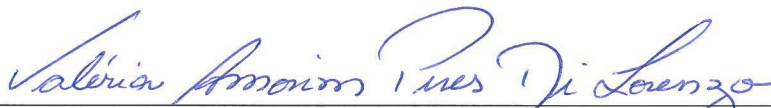
2019

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA PARA APRESENTAÇÃO DO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO CURSO DE FISIOTERAPIA
DE **GABRIELA CARRERI VERGAMINI** APRESENTADO NO CENTRO
UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA – UNICEP EM 04 DE
DEZEMBRO DE 2019

BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª. Dr^ª. Kamilla Tays Marrara Marmorato – UNICEP



Prof^ª. Dr^ª. Valéria Amorin Pires Di Lorenzo - UFSCar



Prof^ª. Dr^ª. Kelly Regina Serafim - UNICEP



Ft. Ms. Marcela Maria Carvalho da Silva - UFSCar

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso e todos esses longos anos de curso, primeiramente a Deus, pois sem Ele eu realmente não teria conseguido chegar até aqui e ter feito tudo que fiz.

Dedico em especial aos meus pais, meus irmãos e todos os meus familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois é Ele que me deu e dá a força que preciso, para que eu conseguisse concluir este trabalho, que é tão importante para a minha formação.

*Agradeço aos meus pais **Cleber e Simone**, por sempre me ajudarem em tudo o que precisei e por oferecerem o suporte necessário para eu conseguir concluir o curso. Aos meus irmãos, **Beatriz e João Vitor**, por estarem ao meu lado me incentivando e me dando forças pra continuar.*

*Agradeço a minha orientadora **Prof^a Dr^a Kamilla Tays Marrara Marmorato**, por ter me ajudado em todas as minhas dificuldades, por ter me ensinado muito do que eu sei hoje desde o início do curso e que sempre me orientou da melhor maneira. Agradeço também a minha coorientadora **Prof^a Dr^a Valéria Amorim Pires Di Lorenzo** que tive pouco contato, mas no contato que tivemos me ajudou muito nas dúvidas que eu apresentava.*

*Ao pessoal da UFSCar que me ajudou ao longo da coleta do estudo, em especial a **Marcela Carvalho, Nathalia Souza e Rafaela Sakumotu**, minha total gratidão, pois aprendi demais com elas.*

Aos meus professores que me passaram todo o conhecimento que tenho hoje.

*Agradeço também a minha banca examinadora **Ms. Marcela Carvalho e a Prof^a Dr^a Kelly Regina Serafim**.*

*Por fim agradeço aos meus amigos, que estiveram ao meu lado nos momentos bons e ruins, nas alegrias e nas tristezas, nos meus momentos de desespero em que eu achava que não iria conseguir, minha total gratidão em especial a **Milena Riccó, Nathalia Nicola, Ana Elisa, Fábio Spósito, Natalia Balbino, Willian Crepaldi e Naiara Paulino**.*

RESUMO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo, geralmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos. A DPOC é caracterizada por alguns sintomas, dentre eles a dispneia crônica e progressiva, tosse e produção de escarro. Esses sintomas impactam a saúde do indivíduo, associando-se às incapacidades funcionais. Nesse sentido, a utilização do WHODAS 2.0 na avaliação dos indivíduos com DPOC apresenta-se de grande valia, visto permitir a mensuração das limitações apresentadas na execução de atividades e as restrições da participação. **Objetivo:** Investigar o nível de funcionalidade de indivíduos com DPOC por meio do instrumento WHODAS 2.0. **Materiais e Métodos:** Tratou-se de um estudo observacional transversal realizado na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, no Laboratório de Fisioterapia Respiratória. Foram recrutados 31 pacientes com o diagnóstico de DPOC, no entanto 23 pacientes foram incluídos, considerando critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, sendo estes de ambos os gêneros e com idade acima de 50 anos. Este estudo envolveu a realização do teste espirométrico, permitindo relacionar seus dados com a funcionalidade, avaliada pela aplicação dos domínios do questionário WHODAS 2.0. **Resultados:** Na comparação dos grupos, pode-se observar diferença estatisticamente significativa, para o grupo DPOC grave a muito grave, com as variáveis peso, IMC, VEF_1/CVF , VEF_1 pós broncodilatador e CVF, apresentando valores significativamente menores. O grupo de indivíduos com DPOC moderada não apresentou nenhum registro de dificuldade para o domínio relações interpessoais e para o restante dos domínios uma dificuldade ligeira, enquanto o grupo DPOC grave a muito grave apresentou dificuldade moderada para os domínios mobilidade e atividades diárias, e para o restante dos domínios dificuldade ligeira. Não houve correlação do VEF_1 com a pontuação total do WHODAS 2.0 para os indivíduos com gravidade da doença. **Conclusão:** Com o estudo verificou-se que indivíduos com maior gravidade de obstrução da DPOC tendem a apresentar maior prejuízo da funcionalidade, principalmente para execução de atividades cotidianas. E ao considerar a associação do nível de funcionalidade com a gravidade da doença, pode-se observar não haver associação. Com os resultados apresentados sugere-se o uso do WHODAS 2.0 como uma ferramenta adicional na avaliação de pacientes com DPOC, e por meio deste realizar a elaboração de um bom tratamento mais adequado para cada indivíduo.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, incapacidade funcional, espirometria, WHODAS 2.0.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a common, preventable and treatable disease characterized by persistent respiratory symptoms and airflow limitation, usually caused by significant exposure to harmful particles or gases. COPD is characterized by some symptoms, including chronic and progressive dyspnea, cough and sputum production. These symptoms impact the individual's health, associated with functional disabilities. In this sense, the use of WHODAS 2.0 in the evaluation of individuals with COPD is of great value, since it allows the measurement of the limitations presented in the execution of activities and the restrictions of participation. **Objective:** To investigate the level of functionality of individuals with COPD using the WHODAS 2.0 instrument. **Materials and Methods:** The present study is a cross-sectional observational study conducted at the Federal University of São Carlos - UFSCar, in the Laboratory of Respiratory Physiotherapy. Thirty-one patients diagnosed with COPD were recruited, however, 23 patients were evaluated, considering inclusion and exclusion criteria of both genders, aged over 50 years. This study involved the spirometric test, allowing to relate its data to functionality, which was evaluated by applying the WHODAS 2.0 questionnaire. **Results:** In the comparison of the groups, a statistically significant difference can be observed for the very severe severe COPD group, with the variables weight, BMI, FEV₁/FVC, FEV₁ post bronchodilator and FVC, presenting significantly lower values. The group of individuals with moderate COPD showed no record of difficulty for the interpersonal relationships domain and for the rest of the domains mild difficulty, while the severe copd group to oververy showed moderate difficulty for the mobility domains and daily activities, and for the rest of the domains mild difficulty. There was no correlation between FEV₁ and the total WHODAS 2.0 score for individuals with COPD of moderate to very severe obstruction. **Conclusion:** With the study it was found that individuals with greater severity of COPD obstruction tend to exhibit greater impairment of functionality, especially for the execution of daily activities. And when considering the association of the level of functionality with the severity of the disease, it can be observed that there is no association. With the results presented, it is suggested the use of WHODAS 2.0 as an additional tool in the evaluation of patients with COPD, and through this to perform the elaboration of a good treatment for each individual.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, functional disability, spirometry, WHODAS 2.0

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivo Especifico.....	11
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
4.1 Critérios de Inclusão.....	12
4.2 Critérios de Exclusão.....	12
4.3 Aspectos Éticos.....	12
4.4 Procedimentos Experimentais.....	12
4.4.1 Espirometria.....	13
4.4.2 Mini Exame do Estado Mental.....	13
4.4.3 <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i>	13
4.5 Análise dos Dados.....	15
5 RESULTADOS.....	16
6 DISCUSSÃO.....	21
6.1 Principais Achados.....	21
6.2 Importância deste estudo.....	21
6.3 Nível de funcionalidade de indivíduos com DPOC nos diferentes graus de obstrução da doença.....	21
6.4 Associação do nível de funcionalidade com a gravidade da doença.....	23
7 CONCLUSÃO.....	24
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
9 ANEXOS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo decorrente de anormalidades das vias aéreas e/ou alveolares geralmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos (GOLD et al., 2019).

Atualmente, a DPOC é a quarta causa de morte no mundo, sendo prevista como terceira até 2020. Estima-se que 210 milhões de pessoas possuem a DPOC, sendo que 65 milhões possuem DPOC nos estágios de obstrução moderada e grave. Em 2012, mais de 3 milhões de pessoas morreram de DPOC, representando 6% de todas as mortes em todo o mundo (GOLD et al., 2019).

Existem alguns sintomas que caracterizam a DPOC, dentre eles a dispneia crônica e progressiva, tosse e produção de escarro. A tosse e produção de escarro podem resultar no desenvolvimento da limitação do fluxo aéreo por anos (VESTBO et al., 2013). E com a progressão clínica da DPOC frequentemente observa-se aumento da dispneia e outros sintomas, bem como uma redução na funcionalidade e percepção da saúde geral (ATHAYDE et al., 2017), o que torna a DPOC uma doença progressivamente incapacitante (DOURADO et al., 2006).

Esses sintomas impactam a saúde do indivíduo com DPOC, associando-se às incapacidades funcionais, o que tende a acarretar diminuição progressiva do condicionamento físico e da força muscular, limitando inclusive o desempenho nas atividades de vida diária (AVD) (VELLOSO et al., 2003; NICI et al., 2006). Além disso, deve-se levar em consideração que parte desta incapacidade física pode ser também decorrente do envelhecimento e da falta de condicionamento físico (LOTTERMANN; SOUSA; LIZ, 2017).

Visto todo comprometimento aos indivíduos com DPOC, Silva et al. (2016) relatam que instrumentos de avaliação devem considerar escores como forma de estratificar a magnitude da incapacidade funcional e o impacto desta na condição de saúde desse indivíduo.

A avaliação da funcionalidade possibilita a identificação precoce de prejuízos e o direcionamento de estratégias a serem propostas, evitando e/ou minimizando o aparecimento de uma incapacidade funcional ainda maior (ANDRADE et al., 2015), sendo esta um processo dinâmico e multidimensional (GOUJON et al., 2014).

Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde propôs o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) como um instrumento genérico capaz de avaliar a incapacidade em atividades e participação, desenvolvido a partir de um conjunto de

itens da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), o qual pode ser aplicado a diferentes populações (FEDERICI et al., 2017).

O WHODAS 2.0 é um instrumento abrangendo as dimensões física, mental e social dos indivíduos, constituído por seis domínios, selecionados após uma revisão cuidadosa da literatura referente aos aspectos conceituais e de medida da funcionalidade e incapacidades (ÜSTUN et al., 2010), permitindo a caracterização da percepção que o indivíduo tem de sua própria incapacidade.

Nesse sentido, a utilização do WHODAS 2.0 na avaliação dos indivíduos com DPOC apresenta-se de grande valia, visto permitir a mensuração das limitações apresentadas na execução de atividades e as restrições da participação, contribuindo assim na identificação das necessidades e possibilitando estabelecer prioridades no processo de reabilitação dos mesmos (SILVEIRA et al., 2013).

2 JUSTIFICATIVA

O WHODAS 2.0 desenvolvido pela OMS é um instrumento genérico que permite avaliar o impacto de qualquer condição de saúde em termo de funcionalidade. Sendo assim, torna-se muito importante a inclusão deste instrumento de avaliação como mais uma ferramenta de avaliação de indivíduos com DPOC, visto permitir determinar a incapacidade destes na execução de AVD.

Sabe-se que a DPOC acarreta diversas manifestações, tanto pulmonares quanto sistêmicas, as quais tendem a gerar prejuízos na saúde e na funcionalidade dos indivíduos com DPOC. Visto isso, justifica-se a utilização do instrumento WHODAS 2.0 como forma de avaliar o nível de funcionalidade desses indivíduos, além disso, cabe ressaltar a escassez de dados na literatura envolvendo a utilização do WHODAS 2.0 na e os diferentes graus de obstrução.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo investigar o nível de funcionalidade de indivíduos com DPOC por meio do instrumento WHODAS 2.0.

3.2 Objetivo Específico

- Comparar o nível de funcionalidade de indivíduos com DPOC nos diferentes graus de obstrução da doença.
- Verificar se há associação do nível de funcionalidade com a gravidade da doença.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional transversal realizado na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, no Laboratório de Fisioterapia Respiratória. Foram recrutados 31 pacientes com o diagnóstico clínico de DPOC, estáveis, em tratamento clínico de no mínimo um mês, encaminhados pelo pneumologista responsável do Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário ou do CEME, para avaliação da funcionalidade no Departamento de Fisioterapia da UFSCar.

4.1 Critérios de Inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão pacientes de ambos os gêneros, com idade acima de 50 anos e com diagnóstico clínico de DPOC, confirmado pelos dados espirométricos com estabilidade clínica e medicamentosa há um mês no mínimo e sem exacerbação no último mês.

4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos indivíduos com comprometimento cognitivo, que foi verificado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) pontuado de acordo com o nível de escolaridade e capacidade de caminhar independentemente (BRUCKI et al., 2003), excluindo-se indivíduos que obtiverem pontuação abaixo de 24 pontos, além dos indivíduos com comprometimento visual e auditivo.

4.3 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (CAAE 85901318.0.0000.5504). Os pacientes foram devidamente orientados e esclarecidos a respeito do objetivo do estudo, sendo também informados sobre sua participação voluntária, sem qualquer ônus ao tratamento ou financeiro e que poderiam desistir a qualquer momento, conforme determina a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após terem concordado em participar, todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 Procedimento Experimental

A realização do presente estudo envolveu a realização do teste espirométrico, permitindo relacionar seus dados com a funcionalidade, avaliada por meio da aplicação do questionário WHODAS 2.0.

4.4.1 Espirometria

A espirometria foi realizada por operadores treinados (Espirômetro portátil SpiroPalm 6MWT Cosmed[®]), sendo utilizadas técnicas convencionais, seguindo as recomendações da *American Thoracic Society* (1987) para critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade. Vale esclarecer que foram definidos os critérios de gravidade da doença pós uso de broncodilatador (salbutamol 40 mcg), de acordo com a classificação de GOLD (2017), que usa como base o VEF₁ em porcentagem do previsto: VEF₁ ≥ 80% do previsto (GOLD I, leve), de 50% ≤ VEF₁ < 80% do previsto (GOLD II, moderada), 30% ≤ VEF₁ < 50% do previsto (GOLD III, grave), e VEF₁ < 30% previsto ou VEF₁ < 50% do previsto mais insuficiência respiratória crônica (GOLD IV, muito grave).

4.4.2 Mini Exame do Estado Mental

Os participantes foram avaliados quanto a comprometimentos cognitivos por meio da aplicação do instrumento de rastreamento de alterações cognitivas, o MEEM (FOLSTEIN et al., 1975). O teste apresenta pontuação máxima de 30 pontos e a média dos escores foi utilizada para determinar alterações cognitivas: < 24 pontos, sugestivo de possível déficit cognitivo; 18-23 comprometimento leve; 10-17 pontos comprometimento moderado e abaixo de 10 sugere comprometimento severo.

4.4.3 World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

O instrumento WHODAS 2.0 aplicado foi a versão completa, a qual contém 36 itens (Anexo 1). As perguntas dizem respeito às dificuldades enfrentadas pelos entrevistados em seis domínios da vida referidos durante os últimos 30 dias (Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), 2015).

Durante a entrevista os respondentes são perguntados sobre o grau de dificuldade que experimentam ao fazer diferentes atividades. As respostas possíveis são: (1) nenhuma, (2) leve, (3) moderada, (4) grave e (5) extrema ou não consegue fazer.

As questões são divididas em seis domínios, sendo eles:

- 1) Domínio “Cognição”: mensura a capacidade de formulação de pensamento e comunicação (pontuação máxima 20 pontos).
- 2) Domínio “Mobilidade”: mensura capacidade de ficar em pé, mover-se dentro de casa, ficar fora de casa e andar uma longa distância (pontuação máxima 16 pontos).
- 3) Domínio “Autocuidado”: mensura a capacidade de realização da auto-higiene, vestir-se, comer e ficar sozinho (pontuação máxima 10 pontos).

- 4) Domínio “Relacionamento”: mensura a dificuldade de relacionamento do indivíduo devido a uma condição de saúde, além e avaliar as interações interpessoais (pontuação máxima 12 pontos).
- 5) Domínio “Atividade Diária”: mensura a capacidade de realização de atividades diárias, envolvidas no âmbito das responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola (pontuação máxima 10 pontos).
- 6) Domínio “Participação”: mensura a condição social, a qual o indivíduo está inserido, tais como atividades em comunidade, barreiras e obstáculos, além de aspectos afetados pelo estado de saúde do entrevistado (pontuação máxima 24 pontos).

Dois cartões-resposta foram utilizados com propósito de oferecer uma dica ou lembrete visual ao respondente sobre informações importantes enquanto se responde às perguntas.

O cartão-resposta nº 1 oferece informações acerca de condições de saúde (doenças, enfermidades, lesões, problemas mentais ou emocionais, problemas com álcool ou drogas) e o que considera ser dificuldade (esforço aumentado, desconforto ou dor, lentidão, alterações no modo de fazer a atividade). Neste momento, o avaliador comenta para o avaliado que deve considerar o período dos últimos 30 dias antes da entrevista.

O cartão-resposta nº 2 apresenta uma escala de resposta a ser utilizada na maioria das perguntas. Os avaliados podem apontar sua resposta na escala ou oferecer resposta verbal, embora o último seja preferível.

Como apresentado acima, o WHODAS 2.0 produz pontuações específicas para seis domínios de funcionalidade. As pontuações brutas dos itens do WHODAS 2.0 refletem o nível de dificuldade que o respondente experimenta em desempenhar uma função particular, começando em “nenhuma dificuldade”, seguida de “leve”, “moderada”, “grave” ou “extrema” dificuldade. Cada nível indica um grau mais alto de dificuldade.

Após o preenchimento do questionário, as respostas foram computadas em pesos/recodes atribuídos para apresentar o grau de dificuldade de cada domínio em porcentagem. Para análise do resultado total (soma de todos os domínios) foi atribuído ponto de corte em porcentagem: 0-4% (nenhuma dificuldade) 5-24% (dificuldade ligeira), 25-49% (dificuldade moderada), 50-95% (dificuldade grave), 96-100% (dificuldade completa/não faz) (PEDRO-CUESTA et al., 2013).

4.5 Análise dos Dados

Os resultados do presente estudo foram apresentados em média \pm desvio padrão, por meio de tabelas. Para avaliação da normalidade dos dados foi aplicado o teste estatístico de Kolmogorov Smirnov e a partir deste determinou-se a utilização do teste T não pareado comparando os grupos DPOC moderada e DPOC grave/muito grave. Quanto ao teste de correlação determinou-se o teste de correlação de Pearson, relacionando o grau de obstrução da doença com os domínios do WHODAS 2.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

No presente estudo foram recrutados 31 pacientes com o diagnóstico de DPOC, no entanto 23 pacientes foram avaliados, considerando critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos sendo 13 indivíduos com DPOC moderada e 10 com DPOC grave e muito grave, conforme demonstrado na Figura 1.

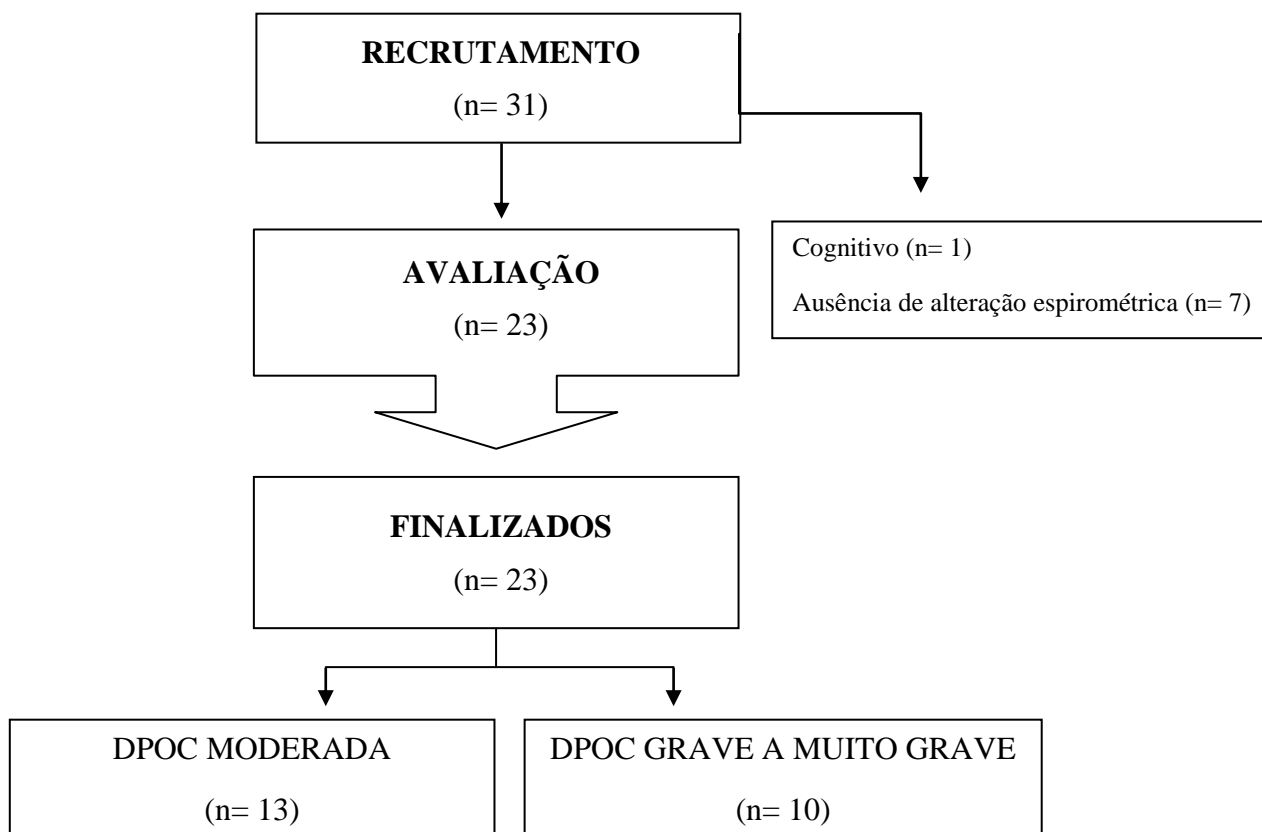


Figura 1 – Fluxograma do estudo.

Dos 23 pacientes que finalizaram as avaliações, 11 eram mulheres. Os dados antropométricos e espirométricos destes foram apresentados na Tabela 1, bem como os dados dos grupos envolvendo indivíduos com DPOC moderada e DPOC grave/muito grave. Ao comparar os grupos, pode-se observar diferença estatisticamente significativa (Teste T não pareado, $p < 0,05$), sendo que para o grupo DPOC grave a muito grave as variáveis peso, IMC, VEF_1/CVF , VEF_1 pós broncodilatador e CVF apresentaram valores significativamente menores.

Tabela 1 - Características antropométricas e espirométricas dos pacientes incluídos neste estudo.

Variáveis	Total de Pacientes (n= 23)	DPOC Moderada (n= 13)	DPOC Grave a Muito Grave (n= 10)	p
Idade (anos)	65,7 ± 8,3	68,7 ± 7,7	62,8 ± 7,7	0,06
Peso (kg)	61,3 ± 10,3	66,1 ± 8,8	55,1 ± 8,9	0,01*
Altura (cm)	162,2 ± 10,1	161,5 ± 10,1	163 ± 10,6	0,73
IMC (Kg/m²)	23 ± 4,1	25 ± 3,3	20,4 ± 3,7	0,01*
VEF₁/CVF (%)	51,6 ± 10,2	56,1 ± 9,4	45,2 ± 7,9	0,02*
VEF₁ Pós BD (%previsto)	46,4 ± 14,5	56,7 ± 9,9	33,1 ± 5,6	0,0003*
CVF (%previsto)	69,5 ± 13,8	76,4 ± 12,6	59,5 ± 8,6	0,004*

Dados expressos em média e desvio padrão.

IMC: índice de massa corpórea.

VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo.

BD: broncodilatador

CVF: capacidade vital forçado.

DPOC Moderada *versus* DPOC Grave a Muito Grave aplicado Teste T não pareado, * p<0,05.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados do WHODAS 2.0 distribuídos nos domínios cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias (domésticas e trabalho), participação e a pontuação total para os indivíduos incluídos no estudo, independente do grau de obstrução da doença, sendo observado dificuldade moderada no domínio mobilidade, enquanto que para o restante dos domínios uma dificuldade ligeira.

Tabela 2 - WHODAS 2.0 para a amostra e respectivo score de Incapacidade (n= 23).

	Média ± DP	Incapacidade (%)	Score de Incapacidade
Domínio Cognição	3,5 ± 4	14,7	DL
Domínio Mobilidade	5,6 ± 4,8	28	DM
Domínio Autocuidado	2 ± 2,4	12,2	DL
Domínio Relações Interpessoais	1 ± 1,7	5	DL
Domínio Atividades Diárias	5,1 ± 2,5	22,7	DL
Domínio Participação	6,3 ± 5,7	19,8	DL
WHODAS 2.0_{Total}^a	90	39,3	DM

DP: desvio padrão. Incapacidade (%) expressa o percentual de perda em cada domínio.

^aWHODAS_{Total}: refere-se ao score total, sendo a soma das somas de cada domínio, seguido da relação por seis, apresentado em valor absoluto.

Score de Incapacidade no WHODAS 2.0: DL (dificuldade ligeira); DM (dificuldade moderada).

Os resultados do WHODAS 2.0 ao considerar os diferentes graus de obstrução da doença, ou seja, para os grupos DPOC moderada e DPOC grave a muito grave foram apresentados na Tabela 3, demonstrando não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos para todos os domínios do WHODAS 2.0, bem como para a pontuação total.

Quanto ao grupo de indivíduos com DPOC moderada pode-se verificar registro de nenhuma dificuldade para o domínio relações interpessoais e dificuldade moderada para o domínio mobilidade, enquanto para o restante observou-se dificuldade ligeira. Já os indivíduos do grupo DPOC grave a muito grave demonstraram dificuldade moderada para os domínios mobilidade e atividades diárias, enquanto para o restante dos domínios dificuldade ligeira.

Tabela 3 - WHODAS 2.0 para a amostra e respectivo score de Incapacidade considerando os diferentes graus de obstrução.

	Média ± DP		p	Incapacidade (%)		Score de Incapacidade	
	DPOC MODERADA (n= 13)	DPOC GRAVE A MUITO GRAVE (n= 10)		DPOC MODERADA	DPOC GRAVE A MUITO GRAVE	DPOC MODERADA	DPOC GRAVE A MUITO GRAVE
Domínio Cognição	4,5 ± 4,6	2,3 ± 2,7	0,3	18,6	9,6	DL	DL
Domínio Mobilidade	5,6 ± 5,5	5,6 ± 3,9	0,64	28	28	DM	DM
Domínio Autocuidado	1,5 ± 1,9	2,6 ± 2,9	0,4	9	16,3	DL	DL
Domínio Relações Interpessoais	0,8 ± 1,2	1,3 ± 2,3	0,95	3,8	6,5	ND	DL
Domínio Atividades Diárias	4,8 ± 2,6	5,5 ± 2,4	0,42	21,1	24,7	DL	DM
Domínio Participação	5,5 ± 5	7,5 ± 6,7	0,64	17,1	23,4	DL	DL
WHODAS 2.0_{Total}^a	49 ± 27,4	41,3 ± 24,1	0,62	21,2	18,8	DL	DL

DP: desvio padrão. Incapacidade (%) expressa o percentual de perda em cada domínio.
^a WHODAS_{Total}: refere-se ao score total, sendo a soma das somas de cada domínio, seguido da relação por seis, apresentado em valor absoluto.
Score de Incapacidade no WHODAS 2.0: ND: nenhuma dificuldade; DL: dificuldade ligeira; DM: dificuldade moderada.
Teste T não pareado.

A Tabela 4 demonstra os resultados de correlação entre o grau de obstrução da doença e a funcionalidade, sendo possível observar não haver correlação do VEF₁ com a pontuação total do WHODAS 2.0 para os indivíduos com DPOC de moderada a muito grave obstrução.

Tabela 4 - Resultados correlacionados da relação entre o grau de obstrução da doença e a ferramenta WHODAS 2.0 (n= 23).

	VEF ₁ (%)	
	r	p
Domínio Cognição	0,32	0,14
Domínio Mobilidade	-0,05	0,82
Domínio Autocuidado	-0,18	0,41
Domínio Relações Interpessoais	-0,19	0,38
Domínio Atividades Diárias	0,09	0,67
Domínio Participação	-0,18	0,41
WHODAS 2.0_{Total}	0,07	0,89

DP: desvio padrão. Incapacidade (%) expressa o percentual de perda em cada domínio.

^a WHODAS_{Total}: refere-se ao score total, sendo a soma das somas de cada domínio, seguido da relação por seis, apresentado em valor absoluto.

Teste de Correlação de Pearson, * p<0,05

6 DISCUSSÃO

6.1 Principais achados

O presente estudo mostrou que não há associação da funcionalidade avaliada pelo instrumento WHODAS 2.0 com os diferentes graus de obstrução da DPOC. No entanto pode-se verificar que tanto os indivíduos com obstrução moderada da doença como também grave a muito grave apresentam limitação funcional moderada no domínio mobilidade, o qual mensura capacidade de ficar em pé, mover-se dentro de casa, ficar fora de casa e andar uma longa distância, enquanto que os indivíduos com obstrução grave a muito grave também apresentam limitação funcional moderada para o domínio atividades diárias, que mensura a capacidade de realização de atividades diárias, envolvidas no âmbito das responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola.

6.2 Importância deste estudo

Visto a escassez de estudos na literatura envolvendo a avaliação da funcionalidade de indivíduos com DPOC por meio do WHODAS 2.0 e sabendo que este mostrou-se útil na avaliação dos níveis de saúde e de deficiência, independente da doença, permitindo entender o quadro completo e a experiência vivida pelo mesmo (AVALIAÇÃO DE SAÚDE E DEFICIÊNCIA, 2015), o presente estudo traz como contribuição a sugestão da adição do WHODAS 2.0 na avaliação dos mesmos, levando em consideração ser um instrumento genérico e independentemente da doença avalia as limitações nas atividades e restrições da participação (SILVEIRA et al., 2013).

6.3 Nível de funcionalidade de indivíduos com DPOC nos diferentes graus de obstrução da doença

No presente estudo, considerando os 23 pacientes com DPOC obstrução moderada a muita grave e idade média de 65 anos verificou-se maior limitação funcional no domínio mobilidade (28%), sendo que no estudo de Silva e Silva et al. (2016), ao avaliar a limitação funcional de 24 pacientes com DPOC moderada a grave de ambos os gêneros e idade média foi de 68 anos por meio do WHODAS e antes de iniciarem um programa de reabilitação pulmonar, maior impacto nos domínios participação (29,9%), atividades diárias (25,4%) e

mobilidade (24,5%). Assim, os resultados do presente estudo estão em concordância com os achados da literatura.

Athayde et al. (2019) avaliaram 47 pacientes com DPOC (VEF_1 : 49,5% em média), de ambos os gêneros e idade média de 67 anos por meio de inúmeras ferramentas, dentre elas o WHODAS 2.0 e ao verificar os domínios individualmente pôde-se observar que o domínio atividades diárias foi o que apresentou maior impacto (mediana: 25%), ou seja, limitação funcional moderada, enquanto os outros domínios permaneceram próximos entre si, com limitação classificada como ligeira. Visto que no presente estudo apresenta resultados parecidos com os trazidos da literatura.

Segundo Eisner et al. (2008), a ocorrência de limitações funcionais é um fator determinante para o surgimento das incapacidades na DPOC, acarretando em prejuízos na musculatura, principalmente dos membros inferiores, visto que a maioria das AVD recrutam membros superiores, além da capacidade reduzida em esforços físicos. Assim, os indivíduos com DPOC tornam-se menos ativos, comparado a indivíduos saudáveis na mesma faixa etária (HERNANDES et al., 2009).

Cabe também considerar o relato de Silva e Silva et al. (2016) quanto a faixa etária dos indivíduos envolvidos no estudo (média de 68 anos), a qual é a mais suscetível a agravos em saúde quando comparada a outras fases da vida, sendo esta mesma faixa etária apresentada no presente estudo (idade média de 65 anos) e também no estudo de Athayde et al. (2019), com idade média de 67 anos.

Ao considerar os diferentes graus de obstrução pode-se verificar no presente estudo que tanto indivíduos com DPOC moderada como também grave a muito grave demonstraram limitação moderada no domínio mobilidade (28% para ambos os grupos).

Já quanto ao domínio atividades diárias, apenas os indivíduos com maior gravidade da DPOC apresentaram limitação funcional moderada (24,7%), enquanto indivíduos com DPOC moderada mostraram limitação leve (21,1%). Assim, para este domínio a limitação foi proporcional a gravidade da doença, o que poderia ser esperado, considerando as limitações relacionadas à capacidade de se exercitar que caracterizam a DPOC (PARK; MELDRUM; LARSON, 2013), levando a inatividade, redução do condicionamento físico e maior número de comorbidades e ocorrências de internações (ESTEBAN et al., 2010).

Pedro-Cuesta et al. (2011) avaliaram a limitação por meio do WHODAS 2.0 em grupos de 300 indivíduos com DPOC, insuficiência cardíaca crônica ou acidente vascular cerebral e observaram prevalência de limitação funcional severa para os três grupos em alguns domínios, como mobilidade, atividades de vida e autocuidado.

6.4 Associação do nível de funcionalidade com a gravidade da doença

Ao relacionar a funcionalidade com o grau de obstrução dos indivíduos com DPOC apresentando obstrução moderada a muito grave pode-se observar no presente estudo não haver associação significativa dos domínios do WHODAS 2.0 com o VEF₁ ($r= 0,07$, $p=0,89$), corroborando aos resultados apresentados no estudo de Athayde et al. (2017). Ao relacionar o WHODAS 2.0 com o VEF₁ (48,2%) de 45 indivíduos com DPOC, Athayde et al. (2017) também não observaram correlação significativa ($r= -0,225$, $p=0,138$). Outro estudo de Athayde et al. (2019), já descrito acima correlacionaram o WHODAS 2.0 aplicado aos indivíduos com DPOC ao VEF₁ e novamente não encontraram associação significativa ($r = -0,246$; $p = 0,095$).

A gravidade da doença e a dispneia, principal sintoma da doença, estão relacionadas diretamente com as limitações e o declínio funcional destes indivíduos (EISNER et al., 2008; PARK; LARSON, 2016).

Visto isso e com os resultados apresentados no presente estudo é possível observar o quanto é valiosa a inclusão dos indivíduos com DPOC em programas fisioterapêuticos, sabendo-se que a complexidade multissistêmica da DPOC resulta na necessidade cada vez maior de instrumentos abrangentes que possam levar em consideração os diversos aspectos da doença, envolvendo não apenas os sintomas, mas sua ampla influência nas AVD, tolerância aos esforços físicos e qualidade de vida (LANGHAMMER; JONES, 2013).

No entanto, cabe comentar que os resultados do presente podem ter sofrido a influência de algumas limitações, dentre elas a possibilidade de ocorrência do viés de memória, visto o WHODAS 2.0 ser um instrumento realizado por entrevista.

7 CONCLUSÃO

Com o presente estudo pode-se verificar que indivíduos com maior gravidade de obstrução da DPOC tendem a apresentar maior prejuízo da funcionalidade, principalmente para execução de atividades cotidianas, já que níveis mais altos de limitação funcional foram encontrados nos domínios de mobilidade e atividades diárias. E ao considerar a associação da nível de funcionalidade com a gravidade da doença, pode-se observar não haver associação.

Por meio dos resultados obtidos sugere-se a inclusão do WHODAS 2.0 como uma ferramenta adicional na avaliação de indivíduos com DPOC e por meio deste realizar a elaboração de estratégias de tratamento, com intuito de reduzir as limitações funcionais e consequentemente a incapacidade aos mesmos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN THORACIC SOCIETY - ATS: Standardization of spirometry. **Am. Rev Respir. Dis.**, 1987. 1285-99 p.
- ANDRADE, K.R.C. et al. Functional disability of adults in Brazil: prevalence and associated factors. **Rev. Saude Publica**, v.49, p.89, 2015.
- ATHAYDE, F.T.S. et al. Association between measurement soffunct, p. ioniningand multidimensional severity indexes in CORP. **ASSOBRAFIR Ciência**, v.8, p. 13-24. 2017.
- ATHAYDE, F.T.S. et al. Association between contextual and clinical factors and disability in people with chronic obstructive pulmonary disease. **Physiother. Theory Pract.**, v.10, p.1-8, 2019.
- AVALIAÇÃO de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Organização Mundial da Saúde, 2015.
- BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.61, n.3B, p.777-781, 2003.
- DOURADO, V.Z. et al. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Braz Pneumol.**, v.32, p.161-71, 2006.
- EISNER, M.D. et al. COPD as a Systemic Disease: Impacton Physical Functional Limitations. **Methods**, v.121, n.9, p.789-796, 2008.
- ESTEBAN, C. et al. Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD. **Eur Respir J.**, v.36, n.2, p.292-300, 2010.
- FEDERICI, S. et al. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0: an international systematic review. **Disabil Rehabil.**, v.39, n.23, p.2347-80, 2017.
- FOLSTEIN, M.F. et al. ‘‘Mini-mental state’’. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v.12, p.189-198, 1975.
- GOLD - Global Initiative for Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2017
- GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the Diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2019.
- GOUJON, N. et al. A comparative review of measurement instruments to inform and evaluate effectiveness of disability inclusive development. **Disabil. Rehabil.**, v.36, n.10, p:804-12, 2014.
- HERNANDES, N.A. et al. Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, v.35, n.10, p.949-56, 2009.
- LANGHAMMER, A.; JONES, R. Utilidade do teste de avaliação da DPOC (CAT) no serviço primário de saúde. **Prim. Care Respir. J.**, v.22, n.1, p.8-9, 2013.
- LOTTERMANN, P.C.; SOUSA, C.A. de; LIZ, C.M. de. Programas de exercício físico para pessoas com DPOC: uma revisão sistemática. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v.21, n.1, p.65-75, 2017.
- NICI, L. et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on pulmonary rehabilitation. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v.173, n.12, p.1390-1413, 2006.

- PARK, S.K.; MELDRUM, C.A.; LARSON, J.L. Subgroup analysis of symptoms and their effect on functioning, exercise capacity, and physical activity in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. **Heart Lung**, v.42, n.6, p.465-72, 2013.
- PARK, S.K.; LARSON, J.L. Multiple symptoms, functioning, and general health perception in people with severe COPD over time. **Applied Nursing Research**, v.29, p.76–82, 2016.
- PEDRO-CUESTA, J. et al. ICF disability measured by WHO-DAS II in three community diagnostic groups in Madrid, Spain. **Gac Sanit.**, v.25(S), p.21-28, 2011.
- PEDRO-CUESTA, J. et al. Disability transitions after 30 months in three community dwelling diagnostic groups in Spain. **PLoS One**, v.8, n.10, e77482, 2013.
- SILVA E SILVA, C.M. et al. Incapacidade funcional de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica através da WHODAS. **Acta Fisiart.**, v.23, n.3, p.125-129, 2016.
- SILVEIRA, C. et al. Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.59, n.3, p.234-40, 2013.
- ÜSTÜN, T.B. et al. WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. **Bull World Health Organ.**, v.88, p.815-823, 2010.
- VELLOSO, M. et al. Metabolic and ventilatory parameters of four activities of daily living accomplished with arms in COPD. **Chest**, v.123, n.4, p.1047-53, 2003.
- VESTBO, J. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease GOLD executive summary. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v.187, n.4, p.347-365, 2013.

9 ANEXO 1 - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Nome: _____ Data: ____/____/20____



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36
Entrevista

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

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	na	1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3

Seção 2 Informações gerais e demográficas

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

Seção 3 Introdução

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.

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.

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre compreensão e comunicação.

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

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1 <u>Concentrar-se</u> para fazer alguma coisa durante <u>dez minutos</u> ?	1	2	3	4	5
D1.2 <u>Lembrar-se</u> de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3 <u>Analisar e encontrar soluções</u> para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4 <u>Aprender</u> uma <u>nova tarefa</u> , por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5 <u>Compreender de forma geral</u> o que as pessoas dizem?	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	<u>Lavar seu corpo inteiro?</u>	1	2	3	4	5
D3.2	<u>Vestir-se?</u>	1	2	3	4	5
D3.3	<u>Comer?</u>	1	2	3	4	5
D3.4	<u>Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?</u>	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	<u>Lidar com pessoas que você não conhece?</u>	1	2	3	4	5
D4.2	<u>Manter uma amizade?</u>	1	2	3	4	5
D4.3	<u>Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?</u>	1	2	3	4	5
D4.4	<u>Fazer novas amizades?</u>	1	2	3	4	5
D4.5	<u>Ter atividades sexuais?</u>	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, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1	Cuidar das suas <u>responsabilidades domésticas</u> ?	1	2	3	4	5
D5.2	Fazer <u>bem</u> as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	<u>Fazer</u> todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5

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

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

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

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	Suas atividades diárias do <u>trabalho/escola</u> ?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7	<u>Fazer</u> todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8	Fazer todo o trabalho na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5
D5.9	Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2
D5.10	Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2

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

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

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 você</u> gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto <u>você</u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u> ?	1	2	3	4	5

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.