



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

Adaptação cultural e validação da escala “Composite Physical Function Scale” para portugueses europeu.

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Exercício e
Saúde

Orientador: Professora Doutora Vera Moniz-Pereira da Silva

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Filomena Araújo da Costa Cruz Carnide

Vogais

Professora Doutora Vera Moniz-Pereira da Silva

Professor Doutor Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Thaís Cristina Ferreira Silva

Lisboa
2020

AGRADECIMENTOS

À Deus, que tornou possível aquilo que eu pensava ser impossível, nesses longos anos vi constantemente o seu cuidado comigo e quando pensei em desistir, fixei os meus olhos Nele e minhas forças foram renovadas.

Aos meus amores Rafa, Lucca e Anna, por todo amor e suporte, pela inesgotável paciência, compreensão e apoio incondicional nos bons e maus momentos, as coisas ficam mais fáceis com vocês ao meu lado.

À minha família Silva, Ferreira, Tomé, Souza e Oliveira, que mesmo longe, está sempre presente me apoiando em orações e imenso carinho. Ao meu pai e minha mãe em especial por todo amor e auxílio.

À família CAP Church, em especial ao meus pais espirituais por sempre me incentivarem a ir além e avançar em conquista, o desistir não está no nosso vocabulário, somos mais que vitoriosos em Cristo Jesus.

Aos meus amigos, sempre presentes para me “aturar” e apoiar.

À Professora Doutora Vera Moniz-Pereira, pela excelente orientação, apoio, disponibilidade e pelas oportunidades diversas que me permitiram alargar os conhecimentos e por ter sido incansável durante todo o processo do estudo.

À Professora Doutora Filomena Carnide, pela simpatia, disponibilidade, pela partilha de conhecimento e pela confiança depositada.

À todos os voluntários que aceitaram a participar deste estudo, obrigada pela contribuição e por cada história partilhada comigo.

RESUMO

A capacidade funcional é essencial para a manutenção da independência e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Uma das formas de testar a capacidade funcional é através de instrumentos de autopreenchimento. A maioria destes instrumentos focam as atividades básicas e/ou instrumentais, sendo sobretudo aplicáveis em contextos hospitalares e de ambulatórios. A “Composite Physical Function Scale” (CPF), foi desenvolvida com a finalidade de avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa a viver em comunidade, considerando, para além das atividades mencionadas, as atividades avançadas da vida diária, numa única escala. Este trabalho teve como objetivo realizar a adaptação cultural para a língua portuguesa europeia e testar a sua validade convergente. A adaptação cultural incluiu a tradução, retroversão e harmonização do instrumento. A versão gerada foi aplicada num estudo piloto com 16 participantes. A versão em português europeu do CPF foi considerada de boa compreensibilidade, de fácil preenchimento e apropriado culturalmente. A validade convergente foi testada numa amostra de 114 participantes correlacionando a pontuação do CPF com as pontuações da dimensão “função física” do SF36. A correlação entre o CPF e a dimensão “função física” do SF36 foi igual a rho: 0,71, classificada como muito bom. Verifica-se desde modo, que o CPF tem uma boa validade convergente.

Palavras - chave: Envelhecimento, Atividades de Vida Diária, Capacidade funcional, Validade convergente.

ABSTRACT

Functional ability is essential for maintaining independence and quality of life throughout life. This ability maybe tested using self-report measures. Most of these instruments focus on basic and / or instrumental activities being, therefore, mainly applicable in hospitals and outpatient care settings. The “Composite Physical Function Scale” (CPF) was developed with the purpose of evaluating the functional ability of community-dwelling older adults. In addition to the activities mentioned, CPF considers advanced activities of daily life, combined in a single scale. This work aimed to culturally adapt this instrument to the European Portuguese language and test your convergent validity. The cultural adaptation included the translation, back-translation and harmonization of the instrument. The final version was applied in a pilot study with 16 participants. The European Portuguese version of the CPF was considered to be understandable, easy to fill out and culturally appropriate. Convergent validity was tested on a sample of 114 participants correlating the CPF score with the SF36 physical funtion score. The correlation between the CPF and the physical function score of the SF36 was $\rho = 0.71$, classified as strong correlation. It was verified that the CPF has a good convergent validity.

Keywords: Aging, Activities of Daily Life, Functional ability, Convergent validity.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------------------|---|
| AVD's | Atividades de Vida Diária |
| ABVDs | Atividades Básicas de Vida Diária |
| AIVDs | Atividades Instrumentais de Vida Diária |
| AAVDs | Atividades Avançadas de Vida Diária |
| AVCs | Acidentes Vasculares Cerebrais |
| ACSM | American College of Sports Medicine |
| CPF | Composite Physical Function Scale |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| FMH | Faculdade de Motricidade Humana |
| QuickDASH | The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score |
| IB | Índice de Barthel |
| IK | Índice de Katz |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| ISPOR | International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research |
| SF-12 PCS | 12-Item Health Survey – Componente Física |
| SF-12 MCS | 12-Item Health Survey – Componente Mental |
| MMSE | Mini Mental State Examination |
| MOS – SF36 | Medical Outcomes Study |
| SF 36 FF | Medical Outcomes Study – Função Física |
| SF 36 FM | Medical Outcomes Study – Função Mental |
| WHO | World Health Organization |
| WHOQOL- | World Health Organization Quality of Life |
| BREF | Instruments - Bref |
| WOMAC-SF | Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index - Short Form |

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|-----|
| AGRADECIMENTOS..... | i |
| RESUMO..... | ii |
| ABSTRACT | iii |
| LISTA DE ABREVIATURAS | iv |
| ÍNDICE GERAL | v |
| ÍNDICE DE TABELAS..... | vii |
| I. Introdução..... | 1 |
| II. Materiais e Métodos | 7 |
| 1. Desenho do estudo..... | 7 |
| 2. Participantes | 8 |
| 3. Instrumentos | 9 |
| 3.1 Questionário de Caracterização sociodemográfica, saúde e atividade física ... | 9 |
| 3.2 Composite Physical Function Scale (CPF)..... | 10 |
| 3.3 MOS – SF36..... | 11 |
| 4. Procedimentos | 12 |
| 4.1 Fase 1: Processo de adaptação cultural | 12 |
| 4.2 Fase 2: Validação do CPF | 13 |
| III. Análise Estatística | 14 |
| IV. Resultados | 14 |
| 1. Tradução e adaptação cultural - Estudo Piloto | 14 |
| 2. Validação | 17 |
| V. Discussão..... | 19 |
| VI. Conclusão | 21 |
| Referências | 22 |
| ANEXOS..... | 27 |
| Anexo 1 - Consentimento informado, livre e esclarecido – Estudo Piloto | 27 |
| CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO | 27 |
| Anexo 2 - Consentimento informado, livre e esclarecido – Validação..... | 32 |
| Anexo 3 - Questionário de Caracterização sociodemográfica, saúde e atividade física | 37 |
| Anexo 4 - CPF..... | 42 |
| Anexo 5 - Questões para os itens J, K e L do questionário | 43 |

| | |
|---|----|
| Anexo 6 - Entrevista aos Participantes no Estudo Piloto (Questionário de Caracterização)..... | 46 |
| Anexo 7 - SF36 – Função Física | 48 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo de validação | 18 |
| Tabela 2: Score Total – Questionário CPF e SF36..... | 19 |
| Tabela 3: Correlações entre a pontuação total do CPF e as pontuações referentes à Função Física do SF36 | 19 |

I. Introdução

Com o crescimento exponencial da população idosa em Portugal (INE, 2015), a política do envelhecimento ativo têm sido objeto de interesse crescente na comunidade científica, social e política (DGS, 2017; WHO, 2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento ativo é caracterizado por um processo de otimização das oportunidades para a saúde que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WHO, 2002). Estudos têm sido desenvolvidos para implementar estratégias e ferramentas que possam atuar no envelhecimento ativo e promover a melhoria da qualidade de vida e a autonomia da pessoa idosa (Mechling & Netz, 2009; Chung *et al.*, 2015).

O conceito de qualidade de vida está diretamente relacionado com vários fatores, entre os quais os individuais. Destes, destaca-se a capacidade funcional da pessoa idosa (Santos *et al.*, 2002). A capacidade funcional é a aptidão de realizar as atividades diárias (Rikli & Jones, 1998), condição indispensável para a vida independente e em comunidade das pessoas idosas (Santos *et al.*, 2002; Ambrose *et al.*, 2013; Gates *et al.*, 2008).

As atividades de vida diária (AVD's) são classificadas em três níveis de atividades: atividades básicas de vida diária (ABVDs), atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e atividades avançadas de vida diária (AAVDs). As ABVDs incluem tomar banho, realizar a higiene pessoal, vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama, manter o controlo dos esfíncteres e comer. Nas AIVDs estão incluídas a gestão de finanças, a utilização do telefone, a realização de tarefas domésticas, a condução ou a utilização de transportes públicos, a toma de medicamentos, a preparação de

refeições e fazer compras. As AAVDs incluem atividades ocupacionais e recreativas que requerem um nível mais alto de função cognitiva e envolvimento nos papéis da comunidade (Gates *et al.*, 2008; Arik *et al.*, 2015; Lawton & Brody, 1969).

Avaliar a capacidade de realizar as atividades da vida diária, é fundamental para estabelecer diagnóstico de comorbidades (Gavasso e Beltrame, 2017), prognóstico funcional de um indivíduo e determinar a eficácia e eficiência das intervenções propostas (Lawton & Brody, 1969; Rikli & Jones, 1998; Rikli & Jones, 2013). Possibilita, ainda, a determinação do risco e grau de dependência física, desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas, probabilidade de quedas e de índices de morbidade e mortalidade (Shubert *et al.*, 2006). Ter instrumentos de medida validados para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa é, por isso, fundamental, para os profissionais de exercício e saúde que trabalham com esta população.

Nas últimas décadas, diversos instrumentos específicos, como escalas e questionários, têm sido propostos e amplamente utilizados para avaliarem a capacidade de realizar as atividades de vida diária. Para que seja possível a utilização de instrumentos fiáveis pela comunidade técnica profissional e científica e a partilha dos resultados entre culturas e países diferentes, assegurando a comparabilidade e a definição de novos valores de referência para populações específicas (condições clínicas ou subclínicas), é fundamental proceder à validação dos respectivos instrumentos. Um dos primeiros passos é a tradução e a adaptação cultural do instrumento (Guillemin *et al.* 1993; Beaton *et al.*, 2000). A tradução é a conversão do instrumento/escala do seu idioma de origem para o idioma do país em que está a ser adequado. A adaptação cultural que é o processo de adaptação do instrumento à cultura para a qual está a ser validado (Beaton *et al.*, 2000).

Um outro passo importante é testar a validade do instrumento, isto é, a sua capacidade de medir exatamente o que se propõe a medir (Roberts & Priest, 2006). O processo de validação envolve várias etapas. Destas destacamos a validade convergente. Entende-se por validade convergente a relação do instrumento focal com outro instrumento que avalie um constructo similar (correlação) (Polit, 2015).

De entre os instrumentos de avaliação da capacidade funcional que têm sido validados na população idosa, o Índice de Barthel (IB), é um dos mais comuns. Trata-se de um instrumento que permite quantificar o nível de independência com base na capacidade de realizar 10 atividades básicas de vida: comer, tratar da higiene pessoal, utilizar os sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlar os esfíncteres, deambular, transferir-se da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). Atualmente, continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, para avaliar e monitorizar o desempenho de utentes hospitalizados por tempo prolongado. No âmbito da reabilitação, tem sido usado para prever o tempo de internamento, estimar prognóstico da condição clínica e ser utilizado como um instrumento de avaliação da capacidade para a realização das AVDs (Sulter *et al.*, 1999). Esta escala tem constituído, ainda uma importante ferramenta para avaliar o desempenho físico em pessoas portadoras de acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (Ohura *et al.*, 2017; Pietra *et al.*, 2018). Minosso *et al.*, (2010) testaram a validade convergente do IB em idosos atendidos em ambulatório no Brasil. Os resultados demonstraram uma elevada correlação entre com o IB e os 10 itens de AVDs avaliados pela escala de Medida de Independência Funcional (MIF), ($r > 0.87 < 0.92$) e uma correlação moderada com o MIF total ($r = 0.64$), devido a fraca relação à cognição social e comunicação, uma vez que o IB não possui nenhum item para avaliação dessas funções.

Outro índice que avalia a autonomia das pessoas idosas na realização nas atividades básicas da vida diária é o Índice de Katz (IK) (Katz *et al.*, 1963). Este índice inclui a avaliação das ABVDs, como: tomar banho, vestir-se, utilizar a sanita, transferir-se para a poltrona ou da cadeira de rodas para a cama, controlar os esfíncteres e alimentar-se. Tem sido utilizado para fornecer informações sobre o curso natural da doença e os resultados dos tratamentos realizados a nível da capacidade funcional do indivíduo, simultaneamente com o seu prognóstico em idosos e utentes crónicos (Katz *et al.*, 1963). A adaptação transcultural desse índice para língua portuguesa foi realizada no Brasil. Os autores concluíram que a versão final foi equivalente à original, de fácil compreensão e aplicação (Lino *et al.*, 2008). A validade foi testada em pessoas idosas na Turquia (Arik *et al.*, 2015), tendo os autores concluído que o IK é um instrumento válido e confiável para população turca idosa inseridas em um ambiente ambulatorio, tendo a sua validade convergente sido considerada forte, quando associada com o IB ($r = 0.98$) e moderada, quando comparada com o SF 36 FF (subescala de funcionamento físico) ($r = 0.67$).

A Escala de Lawton & Brody (1969), avalia a capacidade de realizar as AIVDs. Tong & Man, (2002), realizaram a adaptação cultural e linguística para a versão chinesa e testaram a validade em pessoas idosas institucionalizadas em Hong Kong. Os autores concluíram que a escala é válida e confiável para avaliar a capacidade das AIVDs de adultos idosos. Araújo *et al.*, (2007), realizaram a validação da Escala de Lawton e Brody para a população portuguesa, numa amostra de conveniência integrando 225 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, a viverem no seu domicílio. No sentido de se estudar a validade convergente do instrumento, foi colocada a hipótese que a Escala de Lawton, que preconiza a avaliação das AIVDs e o IB (Mahoney & Barthel, 1965) que avalia as atividades básicas de vida, se

correlacionam de uma forma positiva e significativa. Verificou-se efetivamente uma correlação fortemente positiva e estatisticamente significativa ($r = 0.80$). Assim, a autonomia nas realizações das AIVDs relaciona-se de uma forma direta com as atividades básicas de vida. A Escala de Lawton, também foi testada em 2012 para a população espanhola. A validade convergente foi avaliada através da correlação com as demais escalas (SF-12 PCS - componente física, SF-12 MCS - componente mental, WOMAC-SF, QuickDASH e Índice de Barhel). Os resultados dos coeficientes de correlação com as escalas supramencionadas foram moderados ($r > 0.49 < 0.73$) e, em contrapartida, a correlação com o SF-12 MCS foi muito fraca ($r = 0.14$) (Vergara *et al.*, 2012).

Os instrumentos abordados anteriormente e de entre outros existentes na literatura científica, possuem o objetivo comum de avaliar a capacidade funcional ou o nível de independência funcional da pessoa idosa. Essas avaliações são focadas principalmente para os aspectos da capacidade de realização das atividades básicas e instrumentais de uma pessoa idosa, frequentemente utilizadas em contextos hospitalares e ambulatorio. Por essa razão, observa-se a não abrangência de atividades avançadas de vida diária, como atividades domésticas mais extenuantes e atividade física intensa para a pessoa idosa nessas escalas. Estas dimensões constituem um importante atributo a ser avaliado em contexto comunitário, para a população idosa que é independente. Em resposta a essa necessidade, foi desenvolvida “Composite Physical Function Scale” (CPF), com a finalidade de avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa considerando atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária, numa única escala (Rikli & Jones, 1998).

A validação do CPF foi abordada de três formas: a) determinando a sua correlação com escalas previamente validadas e publicadas (uma medida da validade

convergente); b) comparando o score do CPF com o desempenho numa passadeira rolante, uma forma comum para avaliar a capacidade funcional (validade critério); e, c) analisando a sensibilidade da escala com a respetiva identificação hierárquica em função dos níveis de capacidade funcional (validade discriminativa) (Rikli & Jones, 1998). Essa escala demonstrou ser válida e fiável para a população idosa residente na comunidade. A validade convergente de acordo com os scores apresentados, apresentam uma elevada correlação ($r = 0.96$) com escalas validadas previamente como a escala de Rosow - Breslau (1966). (Rikli & Jones, 1998; Rikli & Jones, 2013).

A escala CPF, também tem sido utilizada para identificar os níveis de capacidade funcional em pessoas idosas em contexto de programas de exercício físico (Mason *et al.*, 2016; Garcia *et al.*, 2015; Sardinha *et al.*, 2016). Em comparação com outros instrumentos utilizados para avaliar as atividades de vida diária, o CPF, possibilita avaliar o nível de desempenho físico do indivíduo estratificado em três categorias: alto, moderado e baixo. As demais escalas só permitem avaliar o desempenho físico geral, onde o indivíduo é classificado como dependente ou independente nas AVD's. O CPF permite, ainda, a integração das atividades instrumentais para avaliar as capacidades funcionais da pessoa idosa, fora do contexto hospitalar, e também, criar possibilidades de avaliação de prevenção primária e secundária, diferente das escalas existentes, como por exemplo, o Índice de Barhel (Simões, 2018).

A literatura científica evidencia apenas a tradução e adaptação cultural do CPF para a língua espanhola. O processo de tradução e harmonização foram realizados por dois investigadores espanhóis (como língua nativa), que tinham experiência no desenvolvimento de questionários para a população idosa e que dominavam o idioma original do instrumento (inglês). Após essa etapa, iniciou-se a harmonização, a retroversão, a comparação, que gerou uma versão inicial do CPF. Após as análises de

comparação e a realização do *cognitive defriefing* é que foi possível chegar na versão final do CPF – versão espanhol. Para o processo *cognitive defriefing* foi selecionada uma amostra por conveniência de 20 idosos da cidade de Talca e Santiago (Chile), com idade compreendida entre 65 a 83 anos e que viviam na comunidade. Os participantes avaliaram o instrumento como claro e compreensível (Merellano-Navarro *et al.*, 2015).

Em face à revisão de literatura, estudos consideram a escala CPF, como um instrumento recente e completo para avaliar a capacidade funcional em pessoas com mais de 60 anos residentes em comunidade quando comparado a outros instrumentos (Mason *et al.*, 2016; Garcia *et al.*, 2015; Sardinha *et al.*, 2016; Merellano-Navarro *et al.*, 2015). Pelo conhecimento que nos é dado, não é conhecido nenhum estudo de tradução, adaptação cultural e validação da escala CPF para português europeu. Dada a importância que este instrumento parece ter para a avaliação e o controlo de programas de exercício destinados à população idosa a viver em comunidade, este estudo tem como objetivos: realizar a adaptação cultural para a língua portuguesa europeia (1) e testar a validade convergente da escala “Composite Physical Function Scale” (CPF) (2).

II. Materiais e Métodos

1. Desenho do estudo

Este estudo é observacional analítico transversal e foi realizado em 2 fases: a adaptação cultural do CPF para o português europeu (1); e validação do CPF, no que diz respeito à validade convergente (2).

2. Participantes

Para o estudo piloto, realizado durante o processo de adaptação cultural, foi entrevistada uma amostra de conveniência de 23 participantes. As linhas orientadoras recomendam o mínimo de 6 a 8 indivíduos que sejam representativos da população alvo, i.e., cumprindo o maior número de critérios possíveis na prática (Wild *et al.*, 2005). Deste modo, os resultados de 16 participantes foram considerados para análise, de forma a ficar com uma amostra representativa da população. Os critérios de representatividade foram baseados em estudos anteriores (Moniz-Pereira *et al.*, 2012; Moniz-Pereira *et al.*, 2013) e tiveram em consideração a proporcionalidade de idade, género, nível de escolaridade e nível de atividade física.

Para testar a validade convergente foi recrutada uma amostra de conveniência de 127 recrutados de domicílios, centro de dia, ginásios e universidades seniores, dos concelhos de Oeiras, Cascais, Lisboa, Setúbal e na Ilha da Madeira. Sendo que a dimensão final da amostra foi de 114 participantes, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Uma dimensão amostral com mínimo de 100 foi considerada tendo como critério a metodologia preconizada (Prinsen *et al.*, 2018; Mokkink *et al.*, 2018). Os participantes considerados elegíveis para o estudo foram indivíduos com a idade igual ou superior a 60 anos, de nacionalidade portuguesa, residentes de forma independente na comunidade, capazes de ler e preencher questionários de forma independente, sem qualquer condição clínica que influenciasse a sua capacidade de realizar atividades básicas de vida diária e com uma pontuação igual ou maior que 24

pontos no Mini Mental (MMSE)¹. Foram excluídos os participantes com diagnóstico de com doença cardiovascular, pulmonar, musculoesquelética ou outras condições neurológicas e/ou doença mental que pudessem afetar a sua capacidade de realizar atividades básicas da vida diária (itens 1 e 2 do CPF).

O Conselho de Ética para a Investigação da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) aprovou o estudo. Em todos os casos, os participantes assinaram um consentimento informado livre e esclarecido que forneciam informações em relação ao objetivo, benefícios, possíveis riscos e procedimentos de investigação do estudo piloto (Anexo 1) e da validação (Anexo 2).

3. Instrumentos

3.1 Questionário de Caracterização sociodemográfica, saúde e atividade física

Trata-se de um questionário produzido pela equipa de investigadores da FMH, que fornece informações sobre dados demográficos, de saúde e de atividade física (Anexo 3). Quanto aos dados demográficos, recolheram-se informações relacionadas ao sexo, idade, estado civil, nacionalidade, naturalidade, concelho de residência, habilitações literárias, número de anos com escolaridade concluída, profissão, situação profissional dos respondentes, se vive acompanhado e onde vive.

¹ **Mini Mental State Examination (MMSE)**, elaborado por Folstein et al., (1975), é um instrumento que permite a avaliação da função cognitiva e o despiste de quadros demenciais. Valores inferiores a 24, demonstram alterações a nível da capacidade mental.

Relativamente ao estado de saúde do participante, este questionário contém perguntas sobre a presença de condições clínicas diagnosticadas, e respetivo ano de diagnóstico, a presença de alguma incapacidade física proveniente dessas condições clínicas e a respetiva implicação na realização de atividades de vida diária. O instrumento contém ainda questões sobre o histórico de quedas no ano anterior à avaliação e as causas e consequências das mesmas (se aplicável), a listagem de medicamentos e duração da toma.

Finalmente, são ainda colocadas questões relativas à prática de atividade física e caracterização dessa atividade (duração, frequência, intensidade e se foi prescrita por um profissional do exercício).

No estudo piloto, também foi testada a clareza e compreensibilidade deste questionário. Em geral, os participantes consideraram o questionário de fácil compreensão, sendo que 44% diz ter dificuldades em responder ou precisar de ajuda em relação às questões das condições clínicas e/ou da toma de medicamentos.

3.2 Composite Physical Function Scale (CPF)

A escala CPF, criada por Rikli & Jones (1998), inclui 12 atividades, que se subdividem em 2 atividades básicas relacionadas com os cuidados pessoais, de higiene e alimentação, 8 atividades instrumentais relacionadas com o funcionamento em comunidade, como tarefas domésticas, compras e deslocar-se na rua e 2 atividades avançadas como atividades domésticas e prática de atividade/exercício física (o) mais extenuantes. A pontuação atribuída corresponde a 0 (não consigo realizar), 1 (consigo realizar com ajuda) ou 2 (consigo realizar por mim próprio) (Rikli & Jones, 2013). No final, são somadas as pontuações obtidas em todas as perguntas e é determinado o nível de funcionamento físico. A pontuação máxima possível é de

24 pontos. Assim, se uma pessoa idosa é capaz de realizar as 12 atividades sem assistência, obtém-se a classificação de “funcionamento avançado”, a classificação de “funcionamento moderado” é quando o indivíduo possui a capacidade de executar pelo menos 7 atividades sem assistência (pontuação de 14 pontos) e a classificação de “funcionamento baixo” são aqueles que não conseguem atender os requisitos para um funcionamento moderado, servindo como indicativo para possível perda da independência física (Rikli & Jones, 2013).

3.3 MOS – SF36

O MOS – SF36 (MOS — Medical Outcomes Study) é um instrumento genérico desenvolvido através do *Medical Outcomes Study* que permite avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença e monitorizar doentes com múltiplas condições clínicas (Ware & Sherbourne, 1992). Este questionário, possui oito dimensões agrupadas em duas componentes (saúde física e saúde mental). A componente física mede desde a limitação para executar atividades físicas de menor exigência (como tomar banho ou vestir-se), com evolução para as atividades intermédias (como levantar e carregar as compras), até as atividades mais exigentes (como andar uma determinada distância) (Ferreira, 2000). As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). Neste estudo, foram utilizados itens que abrangiam a função física, para testar a validade convergente do CPF. Para tal, foi utilizada, a versão portuguesa validada em 2000 (Ferreira, 2000).

4. Procedimentos

4.1 Fase 1: Processo de adaptação cultural

A autorização prévia para realizar a adaptação cultural para o português europeu do CPF foi concedida pelos autores da escala original (Anexo 4). Na primeira etapa do processo de adaptação transcultural, foi realizada a tradução e retroversão da escala.

O procedimento utilizado teve por base as normas da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation* (Wild *et al.*, 2005). Duas traduções independentes, foram desenvolvidas por dois peritos tradutores que possuíam o português europeu como língua materna. O primeiro, tem experiência clínica e é fluente em inglês (estudou em Inglaterra e lê e escreve em inglês frequentemente). O segundo é um especialista em linguística. A partir das traduções obtidas, foi produzido um relatório escrito com uma síntese das questões abordadas e sua resolução por um painel de peritos. Este painel foi constituído pelo coordenador do projeto, um membro da equipa de investigação e o primeiro tradutor. Como não surgiram dificuldades durante esse processo, o segundo tradutor não foi contactado para maiores esclarecimentos adicionais. A versão de consenso resultante foi enviada a dois tradutores independentes bilingues, para fazer a retroversão do questionário para o inglês. Um deles, especialista em exercício e saúde, com língua materna portuguesa, mas a viver nos Estados Unidos da América há mais de 10 anos, e o outro, especialista em linguística, com língua materna inglesa a viver em Portugal há mais de 15 anos.

Posteriormente, foi realizada uma reunião para harmonizar as retroversões. O painel desta reunião incluiu o coordenador do projeto, um dos tradutores iniciais, os

dois tradutores responsáveis pela retroversão e um membro da equipa de investigação. A versão harmonizada foi enviada aos autores originais, bem como as dúvidas que surgiram. Estas dúvidas referiam-se fundamentalmente aos exemplos das atividades e intensidade das mesmas. Não tendo sido obtida qualquer resposta por parte dos autores originais, o mesmo painel finalizou a versão a ser testada no estudo piloto estabelecendo questões específicas em relação a exemplos das atividades dos itens J, K, L para serem colocadas durante o estudo piloto (Anexo 5).

Os participantes foram, então, convidados a: (a) preencher o questionário de dados sociodemográficos, de saúde e de prática de atividade física; (b) preencher a versão inicial da escala “Composite Physical Function” (CPF); (c) responder, por entrevista, a questões relacionadas com a compreensão e a adequação dos itens da escala CPF e do questionário de saúde (Anexo 6 – entrevista estudo piloto). A duração da participação foi de aproximadamente 40 minutos.

4.2 Fase 2: Validação do CPF

Os questionários foram aplicados por alunos de mestrado em Exercício e Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, após receberem formação dos membros da equipa de investigação. As avaliações foram realizadas nas instituições (centros de dia, universidades seniores, ginásios, etc.) que os participantes costumam frequentar, garantindo assim um ambiente familiar e adequado para a entrevista. Os questionários foram aplicados no mesmo dia, sendo respondidos por autopreenchimento.

III. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada no IBM SPSS Statistics, versão 25.0 (SPSS, Chicago, IL).

Numa primeira fase, recorreu-se à análise estatística descritiva, pela determinação dos parâmetros de tendência central e de dispersão (média, mediana e desvio padrão, respetivamente) para as variáveis contínuas, ordinais e discretas; foram ainda calculadas as frequências relativas e absolutas, para as variáveis nominais.

Para a validade convergente, recorreu-se à análise inferencial de correlação de *Spearman*, por não terem verificado os pressupostos necessários para a aplicação do correspondente teste paramétrico (testados pelo teste de distribuição normal Kolmorov-Smirnov). Para a validade convergente foi estabelecida a hipótese que existe uma correlação maior ou igual a 0,5 entre o CPF e os itens da função física do MOS-SF36 (Prinsen *et al.*, 2018). O valor do nível de significância estabelecido foi de $r < 0,05$.

IV. Resultados

1. Tradução e adaptação cultural - Estudo Piloto

No estudo piloto a amostra foi de 16 participantes, sendo 11 (68,8%) do sexo feminino e 5 (31,3%) do sexo masculino. Em relação a idade, a amplitude situou-se entre os 65 e os 88 anos. A média da idade dos participantes é de 72,6 anos com desvio padrão de $\pm 5,9$ anos.

No que diz respeito a escolaridade, 38,5%, dos inquiridos afirmaram ter completado o ensino básico (do 1º ao 4º ano), 23,1% o ensino secundário e 38,5% o ensino superior. Quanto ao estado civil dos participantes, a maioria eram casados (68,8%), seguidos dos viúvos (18,8%) e divorciados (12,5%).

Após a tradução e retroversão do CPF, obteve-se a de versão conciliação da tradução no português europeu. Na fase do estudo piloto, foram apresentadas algumas dúvidas em relação a exemplificação das tarefas propostas em alguns dos itens do questionário.

No item (J), foi questionado qual seria um melhor exemplo para exemplificar uma carga de 10 kg (uma mala de viagem média ou grande); das 16 pessoas entrevistadas, 8 (~50%) consideraram que o exemplo não era representativo. No entanto, a maior parte deles sentiam necessidade de o fazer porque não era uma tarefa diária (muitos não viajam e aqueles que o faziam, faziam mais nas férias). Foram mencionados os seguintes exemplos: (a) sacos de batatas, sacos de compras, garrafões de água e comida do gato; (b) distinguir mala de porão para mala de cabine, devido a alteração do peso entre esses dois tipos de mala. Na versão final foi acrescentado: dois sacos de compras e dois garrafões de água e manteve-se a mala de viagem.

No item (K), foi questionado que tarefas os participantes consideraram uma atividade doméstica pesada e se os exemplos eram adequados; das 16 pessoas, 6 (~38%) consideraram que os exemplos não eram representativos ou consideraram que a maioria dos exemplos eram representativos. Dois participantes consideraram que varrer folhas não é uma atividade pesada. Outras sugestões específicas foram: fazer a cama com o colchão pesado, tarefas de jardinagem, lavar paredes, encerar a casa e lavar o chão com esfregona. Os exemplos foram mantidos, uma vez que não houve

consistências nas respostas e que a variabilidade parece vir de contextos, características e experiências diferentes dos participantes.

Em relação ao item (L), os participantes foram questionados sobre as tarefas que consideraram extenuantes e se os exemplos são adequados; das 16 pessoas, 3 (~19%) consideraram que os exemplos não são representativos. Alguns indivíduos ficaram na dúvida se seriam capazes de realizar todos os exemplos. Para um indivíduo a caminhada pode não ser extenuante (já faz caminhadas no dia-a-dia e não fica associado ao montanhismo (hiking)). Foram mantidos os exemplos pelas razões mencionadas anteriormente e foi discutido a diferença dos termos “hike” e “walk” que, em português, se traduzem igualmente como caminhada. Acrescentou-se o adjetivo intensa à caminhada para distinguir “hike” de “walk”.

Em relação à clareza e compreensibilidade dos itens do questionário em geral, apenas 2 indivíduos (~13 %) referiram que o último item não é fácil de entender, em especial a última questão (que tem os diferentes exemplos de atividades mais extenuantes). Relativamente aos termos pouco claros ou ambíguos: apenas 1 indivíduo (~6%) salientou que era difícil distinguir 1 km de km e meio, o mesmo aconteceu quando questionámos se os itens eram fáceis de responder: 1 indivíduo (~6%) salientou que era difícil distinguir 1 km de 1 km e meio.

O estudo revelou ainda que 13 dos indivíduos (82%) consideraram os itens adequados para avaliar a sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e apenas um achou que as tarefas domésticas não eram adequadas para avaliar a sua capacidade de realizar atividades de vida diária, por não as realizar. Por outro lado, 3 dos indivíduos consideraram que há aspetos das tarefas do seu quotidiano não consideradas no questionário, nomeadamente: 1 – parte visual, auditiva e intelectual; 2 – conduzir; 3 – passar a roupa e lavar a casa-de-banho. No entanto estes exemplos

foram dados por uma pequena proporção da amostra e, na sua maioria, não estão relacionados com o construto fundamental do questionário.

Por fim, todos os indivíduos consideraram que os itens do questionário são fáceis de responder e que as instruções do mesmo são fáceis de compreender. Nenhum deles considerou que algum dos itens fosse inapropriado culturalmente.

2. Validação

Para a constituição da amostra deste estudo foram recrutados 127 participantes. De entre estes, 1 era incapaz de responder a questionários, 1 desistiu de participar, 8 não eram independentes na realização das atividades básicas, reportaram dificuldades em atividades básicas como tomar banho e 3 não informaram a data de nascimento no questionário ou tinha a idade inferior a 60 anos. Neste sentido, a amostra final foi constituída por 114 indivíduos de ambos os sexos, sendo, predominantemente participantes do sexo feminino, num total de 77 (67,5%) e 37 (32,5%) do sexo masculino. A amplitude de idade, situou-se entre os 60 e os 98 anos. A média das idades dos participantes é de 74,4 anos com desvio padrão de $\pm 8,8$ anos.

No que diz respeito a escolaridade, 37,7%, dos inquiridos afirmaram ter completado o ensino básico (do 1º ao 4º ano), 18,4% o ensino secundário e apenas 14,9% o ensino superior. Quanto ao estado civil dos participantes, a maioria casados (52,6%), viúvos (23,7%) e divorciados (14%). As patologias diagnosticadas mais frequentes foram: tensão alta arterial (56,1%), problemas de percepção visual (36,8%) e osteoatrose (21,9%). Em relação à prática de atividade física apenas 56,1% dos participantes eram fisicamente ativos, segundo as diretrizes do *American College of Sports Medicine* (ACSM, 2014), a recomendação mínima de atividade física, consiste em realizar no mínimo de 30 minutos em 5 dias da semana de atividade física de

intensidade moderada ou por 20 minutos em 3 dias da semana de atividade física de intensidade vigorosa. A Tabela 1 caracteriza a amostra total deste estudo, de forma mais explícita.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo de validação
(n = 114)

| | | N | % |
|--|--|----------|----------|
| Sexo | Feminino | 77 | (67.5) |
| | Masculino | 37 | (32.5) |
| Escolaridade | Não completou o 1º ciclo | 7 | (6.1) |
| | Completou o 1º ciclo (4º ano) | 43 | (37.7) |
| | Completou o 2º ciclo (6º ano) | 9 | (7.9) |
| | Completou o 3º ciclo (9º ano) | 16 | (14.0) |
| | Completou o ensino secundário (12ºano) | 21 | (18,4) |
| | Completou a Licenciatura/Bacharel | 17 | (14.9) |
| | Possui grau superior à Licenciatura/Bacharel | 1 | (0.9) |
| Estado Civil | Solteiro (a) | 10 | (8.8) |
| | Casado (a) / União de facto | 60 | (52.6) |
| | Viúvo (a) | 27 | (23.7) |
| | Divorciado (a) | 16 | (14.0) |
| | Não respondeu | 1 | (0.9) |
| Condições Clínicas | Tensão alta arterial | 64 | (56.1) |
| | Problemas de perceção visual | 42 | (36.8) |
| | Osteoartrose | 25 | (21.9) |
| | Diabetes | 21 | (18.4) |
| Atividade física (Recomendações ACSM) | Sim | 64 | (56.1) |
| | Não | 48 | (42.1) |

Validade convergente

Os participantes responderam aos dois questionários (CPF e SF36). A pontuação total média do CPF foi de $19,1 \pm 5,0$ com a pontuação mínima de 5 e a máxima de 24 pontos. No SF36 - FF (função física), a pontuação total média foi de $23,9 \pm 5,9$, com a pontuação mínima de 10 e a máxima de 30 pontos. (Tabela 2).

Tabela 2: Score Total – Questionário CPF e SF36 (Função Física)

| | | Média | D.P | Mediana | Mínimo | Máximo |
|--------------------|----------------------|--------------|------------|----------------|---------------|---------------|
| Score Total | CPF | 19.1 | 5.0 | 20.5 | 5 | 24 |
| | SF36 – função física | 23.9 | 5.9 | 26.0 | 10 | 30 |

Os resultados referentes à classificação dos níveis da capacidade funcional de acordo com o CPF foram: 28,9% dos participantes apresentaram um alto funcionamento (score total igual a 24 pontos), 56,1% moderado funcionamento (score total entre os 14 e 23 pontos) e 14,9% baixo funcionamento (score total inferior a 14 pontos), resultados obtidos através da classificação geral sem ser ajustado à idade (Rikli & Jones, 2013).

Em relação à validade foi confirmada a hipótese estabelecida, com uma correlação de 0,71 entre o CPF e a pontuação da função física do SF36 (Tabela 3).

Tabela 3: Correlações entre a pontuação total do CPF e as pontuações referentes à Função Física do SF36

| | Score total SF36 - Função Física | |
|------------------------|---|---------|
| Score Total CPF | Coefficiente de Correlação | 0,713** |
| | p-value | <0,001 |

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

V. Discussão

Os objetivos do presente estudo foram realizar a adaptação cultural para a língua portuguesa europeia e testar a validade convergente da escala “Composite Physical Function Scale” (CPF).

O processo de adaptação cultural deste estudo, permitiu constatar que o CPF é um instrumento claro e compreensível, resultados similares foram encontrados em um estudo que realizou uma tradução e adaptação cultural do CPF para o espanhol e que foi aplicado em 20 indivíduos chilenos com a idade superior a 65 anos, foi observado que a totalidade da amostra classificaram 10 itens do questionário com alto nível de compreensibilidade, sendo que 2 itens foram classificados com média compreensão. Um destes itens estava relacionado a prática de caminhada como um exemplo de atividade extenuante e o outro relativo ao andar determinados números de quarteirões/blocos. Em concordância com o presente estudo, para auxiliar no melhor entendimento dos participantes, adicionaram no exemplo de caminhada a especificação de “em áreas naturais” e também, adequaram as distâncias que estavam e milhas/metros para a sua aproximação aos por quarteirões/blocos (Merellano-Navarro *et al.*, 2015).

Em relação ao estudo de validade, tal como esperado, obteve-se uma correlação acima dos 0,5 com a função física do SF36, confirmando a validade convergente do CPF.

No estudo de Rikli & Jones (1998), as autoras também encontraram uma correlação positiva entre o CPF e a escala de Rosow-Breslau (1966), ($r = 0.96$) e do mesmo modo, apresentaram correlações com outras escalas, como a de 5-item e de 6 item de Siu *et al.*, (1990), e ambas apresentaram uma forte correlação, cujo os valores foram de ($r = 0.92$ e $r = 0.95$), respectivamente. Os valores obtidos pela autora foram superiores ao do estudo atual muito provavelmente porque os questionários utilizados para testar a validade convergente foram os mesmos de onde foram retirados os itens que compõe o CPF.

Os nossos resultados são semelhantes aos de outros estudos que verificaram a correlação entre diferentes escalas de capacidade funcional e o funcionamento físico do SF36. No estudo de Arik *et al.*, (2015), foi encontrada uma correlação de ($r = 0.67$), entre o IK e a dimensão do funcionamento físico do SF36, o que os autores concluíram uma boa correlação entre as duas escalas. Num outro estudo, verificaram-se resultados semelhantes com uma forte correlação do IK com o SF36-FF ($r = 0.60$) (Reijneveld *et al.*, 2007).

No estudo de Castro *et al.*, (2014), a correlação obtida entre o WHOQOL-BREF com domínio da função física (FF) do SF36 foi de $r = 0.58$.

No que diz respeito, às limitações deste estudo, podemos considerar o processo de amostragem não probabilística como uma notável fragilidade, quando se busca a maximização dos resultados e a pretensão de maior representatividade.

VI. Conclusão

Este estudo desenvolveu uma versão em português europeu do CPF, o que mostra ser um questionário de boa compreensibilidade, de fácil preenchimento e apropriado culturalmente. Os resultados deste estudo mostram ainda que o CPF tem uma boa validade convergente. Este instrumento pode ser uma ferramenta de grande valia e contributo para investigadores e profissionais da área do exercício e saúde. Estudos futuros sobre validade divergente, a fiabilidade e a sensibilidade de mudança são necessários para completar o processo de validação deste instrumento.

Referências

- American College of Sports Medicine. Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription. 9rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 2014.
- Ambrose, A.F., Paul, G., Hausdorff, J., M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51–61. [https://doi: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009)
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2007). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública*, 25:59–66.
- Arik, G., Varan, H.D., Yavuz, B.B., Karabulut, E., Kara, O., Kilic, M.K., ... Cankurtaran, M. (2015). Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 61(3):344–50. [https://doi: 10.1016/j.archger.2015.08.019](https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.08.019)
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24): 3186–3191.
- Castro, C. P., Driusso, P., Oishi, J. (2014). Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 63-67. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004783>
- Chung, J., Demiris, G., Thompson, H.J. (2015). Instruments to assess mobility limitation in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Aging Phys Act*, 23(2), 298-313. [https://doi: 10.1123/japa.2013-0181](https://doi.org/10.1123/japa.2013-0181)
- Direção Geral de Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Lisboa.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I—Adaptação cultural e linguística. *Acta Med Port*, (1-2), 55-66.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, Parte II - Testes de Validação. *Acta Med Port*, 13 (3), 119-127.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*, 12(3), 189-98.

- Garcia, A., Santos, A. M, Carolino, E., Fernandes, B. Tomás, M. T. (2015). Does the 6-minute walk test predicts functional capacity in a sample of elderly women? A pilotstudy. *Res Netw Health*, 1(1), 1-11.
- Gates, S., Smith, L.A., Fisher, J.D., Lamb, S.E. (2008). Systematic review of accuracy of screening instruments for predicting fall risk among independently living older adults. *J Rehabil Res Dev*, 45(8), 1105–1116.
- Gavasso, W.C., Beltrame, V. (2017). Functional capacity and reported morbidities: a comparative analysis in the elderly. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 20 (3) 399-409. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160080>
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46:1417-32. [https://doi:10.1016/0895-4356\(93\)90142-n](https://doi:10.1016/0895-4356(93)90142-n)
- INE. (2015). População Residente em Portugal com Tendência para Diminuição e Envelhecimento. <http://www.ine.pt/>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. D., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914-919. <https://doi:10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Lawton, M. P., Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9:179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lino, V.T., Pereira, S.R., Camacho, L. A., Ribeiro, F., Sergio, T., Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: Barthel index. *Md State Med J*, 14: 61-65.
- Mason, R.C., Horvat, M., Nocera, J. (2016). The Effects of Exercise on the Physical Fitness of High and Moderate-Low Functioning Older Adult Women. *Journal of Aging Research*, 1-8. <https://doi: 10.1155/2016/8309284>.
- Mechling, H., & Netz, Y. (2009). Aging and inactivity - capitalizing on the protective effect of planned physical activity in old age. *European Review of Aging and Physical Activity*, (6), 89-97. <https://doi: 10.1007/s11556-009-0052-y>

- Merellano-Navarro, E., Lapierre, M., García-Rubio, J., Gusi, N., Collado-Mateo, D., Olivares, P. R. (2015). Traducción y adaptación cultural del cuestionario de independencia física Composite Physical Function para su uso en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(10), 1314-1319. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015001000010>
- Minosso, J.S., Amendola, F., Alvarenga, M. F., Oliveira, M. A. (2010). Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm*, 23(2), 218-23. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
- Mokkink, L.B., de Vet, H.C.W., Prinsen, C.A.C. *et al.* (2018). COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Qual Life Res* 27, 1171–1179. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4>
- Moniz-Pereira, V., Carnide, F., Ramalho, F., Andre, H., Machado, M., Santos-Rocha, R., Veloso, A. P. (2013). Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in Portuguese older adults. *Acta Reumatol Port*, 38(4), 263-272.
- Moniz-Pereira, V., Carnide, F., Machado, M., Andre, H., Veloso, A. P. (2012). Falls in Portuguese older people: procedures and preliminary results of the study Biomechanics of Locomotion in the Elderly. *Acta Reumatol Port*, 37(4), 324-332.
- Ohura, T., Hase, K., Nakajima, Y., Nakayama, T. (2017). Validity and reliability of a performance evaluation tool based on the modified Barthel Index for stroke patients. *BMC Med Res Methodol*, 25;17(1), 131. <https://doi:10.1186/s12874-017-0409-2>.
- Pietra, G. L., Savio, K., Oddone, E., Reggiani, M., Monaco, F., Leone, M. A. (2011). Validity and reliability of the Barthel index administered by telephone. *Stroke*, 42(7), 2077–2079. <https://doi:10.1161/STROKEAHA.111.613521>
- Prinsen, C.A.C., Mokkink, L.B., Bouter, L.M. *et al.* (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res* 27, 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- Polit, D. F. (2015). Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud*, 52, 1746–53. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>
- Reijneveld, S. A., Spijker, J., & Dijkshoorn, H. (2007). Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 382–388. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.02.022>

- Rikli, R. E., Jones, C. J. (1998). The Reliability and Validity of a 6-Minute Walk Test as a Measure of Physical Endurance in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6, 363-375.
- Rikli, R.E., Jones, C. J. (2013). Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. *The Gerontologist*, 53(2), 255-267.
- Roberts, P., Priest, H. (2006). Reliability and validity in research. *Nurs Stand*, 20, 41-45. <https://doi:10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560>
- Rosow, I., Breslau, N. (1966) A Guttman health scale for the aged. *J Gerontol*, 21, 556–559. <https://doi:10.1093/geronj/21.4.556>
- Santos, S.R., Santos, I. B., Fernandes, M. G., Henriques, M. E. (2002). Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. *Rev. Latino - Am Enfermagem*, 10(6), 757-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000600002>
- Sardinha, L. B., Cyrino, E. S., Santos, L.D., Ekelund, U., Santos, D. A. (2016). Fitness but not weight status is associated with projected physical independence in older adults. *Age*, 38, 54. <https://doi:10.1007/s11357-016-9911-4>
- Shubert, T. E., Schrodt, L. A., Mercer, V. S., Busby-Whitehead, J., Giuliani, C. A. (2006). Are scores on balance screening tests associated with mobility in older adults? *J Geriatr Phys Ther*, 29 (1), 35-39.
- Simões, L. A., Ferreira, L. P., Dourado, M. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 1-7. <https://dx.doi.org/10.1159/000492139>
- Siu, A. L., Reuben, D. B., Hays, R. D. (1990). Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics. *J Am Geriatr Soc*, 38, 1113–1119. <https://doi:10.1111/j.1532-5415.1990.tb01374.x>
- Sulter, G., Steen, C., Keyser, J. (1999). Use of the Barthel index and ranking scale in acute stroke trials. *Stroke*, 30 (8), 1538-1541. <https://doi:10.1161/01.str.30.8.1538>
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires . *J Clin Epidemiol*, 60 (1), 34 – 42 . 17. <https://doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

- Tong, A. Y., Man, D. W. (2002). The Validation of the Hong Kong Chinese Version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for Institutionalized Elderly Persons. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 22 (4), 132–142. <https://doi.org/10.1177/153944920202200402>
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Navarro, G., Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 130. <https://doi:10.1186/1477-7525-10-130>
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., Veriee- Lorenz, A., Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*; 8(2), 94-104. <https://doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva. <https://www.who.int/>
- World Health Organization. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. <https://www.who.int/>

ANEXOS

Anexo 1 - Consentimento informado, livre e esclarecido – Estudo Piloto



CÓDIGO DO PARTICIPANTE: CPF _____

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da escala “Composite Physical Function”

Pessoa responsável pelo projeto: Filomena Carnide

Equipa de investigação:

Investigadores: Eduardo Cruz, Filomena Carnide, Rita Fernandes e Vera Moniz-Pereira

Mestrandos: Guilherme Hilger, Marília Aveiro e Thaís Silva

Instituição de acolhimento:

Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa

Este documento, designado **Consentimento, Informado, Livre e Esclarecido**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi convidado a participar, bem como o que esperar se decidir aceitar o convite. Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

Informação geral

A capacidade de realizar tarefas quotidianas (atividades da vida diária), desde as mais básicas (por exemplo, tomar banho), até às mais avançadas (por exemplo, fazer uma caminhada na montanha), é essencial para manter a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Um dos objetivos dos programas de exercício para

peessoas com mais de 60 anos é, por isso, manter a capacidade de realizar as tarefas mencionadas.

Uma das formas de avaliar a capacidade de realizar atividades da vida diária é através de escalas ou questionários. Neste sentido, este estudo tem como objetivo a adaptação cultural da escala “*Composite Physical Function*”, criada para avaliar a capacidade de realizar atividades da vida diária em pessoas com mais de 60 anos.

Qual a duração esperada da minha participação?

Aproximadamente 45 minutos.

Quais os procedimentos do estudo em que vou participar?

Para a realização deste estudo vamos convidá-lo(a) a:

- Responder a algumas questões relacionadas com dados sociodemográficos, de saúde e de prática de atividade física regular.
- Preencher a versão de adaptação para língua portuguesa da escala “*Composite Physical Function*” (CPF).
- Responder a algumas questões relacionadas com a compreensão e a adequação dos itens da escala CPF e do questionário de saúde.

A minha participação é voluntária?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com a instituição que o contactou não será afetada.

Quais os possíveis benefícios da minha participação?

Embora este projeto de investigação não traga um benefício direto para si, irá permitir que avaliação da capacidade de realizar atividades da vida diária seja feita

de forma mais fiável. Isto permitirá, no futuro, melhorar os programas de intervenção (por exemplo, programas de exercício) que têm como objetivo a prevenção da incapacidade em pessoas com mais de 60 anos.

Quais os possíveis riscos da minha participação?

Uma vez que as atividades em que vai participar envolvem o preenchimento de questionários e a realização de uma entrevista, isto é, atividades que não envolvem risco maior do que aquele que está sujeito no dia a dia, não são expectáveis quaisquer riscos ou desconforto decorrentes da participação deste estudo.

Há cobertura por uma companhia de seguros?

Uma vez que não são expectáveis quaisquer riscos ou desconforto decorrentes da participação deste estudo, não está prevista cobertura de riscos por apólice de seguro.

Como é assegurada a confidencialidade dos dados?

A informação obtida neste estudo é confidencial e não será revelada a pessoa alguma sem o seu prévio consentimento, exceto à equipa responsável por este estudo. Os resultados do estudo serão tratados e apresentados de forma inteiramente **anónima**. A confidencialidade dos dados será garantida substituindo o nome do participante por um código conhecido exclusivamente pelos investigadores. Este código consta no canto superior direito da primeira página deste documento. Após a recolha, os dados serão armazenados, devidamente codificados, no Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional e as respetivas bases de dados no servidor do mesmo Laboratório.

O que acontecerá aos dados quando a investigação terminar?

Os dados recolhidos passarão a fazer parte da base de dados da Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional e serão posteriormente usados para fins de investigação, sempre com garantia do anonimato do participante.

Como irão os resultados do projeto ser divulgados e com que finalidades?

Os resultados deste projeto irão ser divulgados através da publicação de 1 tese de mestrado e de 1 artigo científico.

Em caso de dúvidas quem devo contactar?

Para qualquer questão relacionada com a sua participação neste estudo, por favor, contactar:

Maria Filomena Araújo Costa Cruz Carnide

Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional

Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Estrada da Costa, 1499-002 Cruz-Quebrada —

Dafundo Tel.: 214 149 162

fcarnide@fmh.ulisboa.pt

<http://neuromechanics.fmh.ulisboa.pt/>



Assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no projeto (Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da escala “Composite Physical Function”). Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Data: _____

Nome do participante

Assinatura do participante

Investigador/Equipa de Investigação

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Uma cópia deste documento ser-lhe-á fornecida.

Data: _____

Nome da pessoa que obtém o consentimento

Assinatura da pessoa que obtém o consentimento

Anexo 2 - Consentimento informado, livre e esclarecido – Validação



CÓDIGO DO PARTICIPANTE: CPF _____

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da escala “Composite Physical Function”

Pessoa responsável pelo projeto: Filomena Carnide

Equipa de investigação:

Investigadores: Eduardo Cruz, Filomena Carnide, Rita Fernandes e Vera Moniz-Pereira

Mestrandos: Guilherme Hilger, Marília Aveiro e Thaís Silva

Instituição de acolhimento:

Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa

Este documento, designado **Consentimento, Informado, Livre e Esclarecido**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi convidado a participar, bem como o que esperar se decidir participar no mesmo. Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

Informação geral

A capacidade de realizar tarefas quotidianas (atividades da vida diária), desde as mais básicas (por exemplo, tomar banho), até às mais avançadas (por exemplo, fazer uma caminhada na montanha), é essencial para manter a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Um dos objetivos dos programas de exercício para pessoas com mais de 60 anos é, por isso, manter a capacidade de realizar as tarefas mencionadas.

Uma das formas de avaliar a capacidade de realizar atividades da vida diária é através de escalas ou questionários. Neste sentido, este estudo tem como objetivo a validação da escala “*Composite Physical Function*”, criada para avaliar a capacidade de realizar atividades da vida diária em pessoas com mais de 60 anos.

Quais os procedimentos do estudo em que vou participar?

Para a realização deste estudo vamos convidá-lo(a) a:

- Responder a algumas questões relacionadas com dados sociodemográficos, de saúde e de prática de atividade física regular.
- Preencher a versão de adaptação para a língua portuguesa da escala “*Composite Physical Function*” (CPF).

Como estamos numa fase em que pretendemos validar o questionário era importante para nós que tivesse a disponibilidade para preencher a última escala (CPF) em duas sessões distintas.

Qual a duração esperada da minha participação?

A duração da primeira sessão será de, aproximadamente, 45 minutos e a da segunda sessão, de 15 minutos

- Estou disponível para participar numa sessão
- Estou disponível para participar em duas sessões.

A próxima sessão fica marcada para dia: _____

A minha participação é voluntária?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com a instituição que o contactou não será afetada.

Quais os possíveis benefícios da minha participação?

Ao participar neste estudo irá receber um relatório com o seu nível de capacidade funcional e nível de atividade física. Para além disso, este estudo irá permitir que avaliação da capacidade de realizar atividades da vida diária seja feita de forma mais fiável. Isto permitirá, no futuro, melhorar os programas de intervenção (por exemplo, programas de exercício) que têm como objetivo a prevenção da incapacidade em pessoas com mais de 60 anos.

Quais os possíveis riscos da minha participação?

Uma vez que as atividades em que vai participar envolvem o preenchimento de questionários e a realização de uma entrevista, atividades que não envolvem risco maior do que aquele que está sujeito no dia a dia, não são expectáveis quaisquer riscos ou desconforto decorrentes da participação deste estudo.

Há cobertura por uma companhia de seguros?

Uma vez que não são expectáveis quaisquer riscos ou desconforto decorrentes da participação deste estudo, não está prevista cobertura de riscos por apólice de seguro.

Como é assegurada a confidencialidade dos dados?

A informação obtida neste estudo é confidencial e não será revelada a pessoa alguma sem o seu prévio consentimento, exceto à equipa responsável por este estudo. Os resultados do estudo serão tratados e apresentados de forma inteiramente **anónima**. A confidencialidade dos dados será garantida substituindo o nome do participante por um código conhecido exclusivamente pelos investigadores. Este código consta no canto superior direito da primeira página deste documento. Após a recolha, os dados serão armazenados, devidamente codificados, no Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional e as respetivas bases de dados no servidor do mesmo Laboratório.

O que acontecerá aos dados quando a investigação terminar?

Os dados recolhidos passarão a fazer parte da base de dados da Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional e serão posteriormente usados para fins de investigação, sempre com garantia do anonimato do participante.

Como irão os resultados do projeto ser divulgados e com que finalidades?

Os resultados deste projeto irão ser divulgados através da publicação de 2 teses de mestrado e de 2 artigos científicos.

Em caso de dúvidas quem devo contactar?

Para qualquer questão relacionada com a sua participação neste estudo, por favor, contactar:

Maria Filomena Araújo Costa Cruz Carnide

Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional

Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Estrada da Costa, 1499-002 Cruz-Quebrada —

Dafundo Tel.: 214 149 162

fcarnide@fmh.ulisboa.pt

<http://neuromechanics.fmh.ulisboa.pt/>



Assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no projeto (Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da escala “Composite Physical Function”). Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Data: _____

Nome do participante

Assinatura do participante

Investigador/Equipa de Investigação

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Uma cópia deste documento ser-lhe-á fornecida.

Data: _____

**Nome da pessoa que obtém o
consentimento**

**Assinatura da pessoa que obtém o
consentimento**

Anexo 3 - Questionário de Caracterização sociodemográfica, saúde e atividade física

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: CPF _____

Antes de responder ao questionário, por favor preencha a data e a hora de início do mesmo:

Data: ___/___/___ Hora de início: ___:___

Informações sociodemográficas e de saúde

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Nome: | | |
| Género: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> | Data de Nascimento ___ / ___ / ___ | Estado Civil: |
| Nº de anos com escolaridade concluída: | Habilitações literárias: | Profissão Principal: |
| Nacionalidade: | Naturalidade: | Freguesia e Concelho de residência: |
| Vive acompanhado? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Se sim, com quem? <input type="radio"/> Familiares <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Empregada/o | Onde vive? <input type="radio"/> Casa própria/alugada <input type="radio"/> Casa de familiares <input type="radio"/> Lar/Clube de Repouso <input type="radio"/> _____ | Contacto telefónico: |

Alguma vez lhe foi diagnosticado algumas das condições clínicas que se seguem? Se sim, especifique o ano do diagnóstico.

| | | Ano do diagnóstico |
|----------------------------------|---|--------------------|
| Ataque cardíaco | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Angina de Peito _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Tensão arterial elevada | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| AVC _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Cancro _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Doença vascular periférica _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Diabetes _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |

| | | |
|---|---|-------|
| Neuropatias _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Insuficiência respiratória _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Doença de Parkinson _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Doença de Alzheimer _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Esclerose múltipla _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Poliomielite/Síndrome Pós-pólio _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Epilepsia _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Outra condição neurológica _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Osteoporose _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Artrite reumatoide _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Osteoartrose _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Outra condição músculo esquelética _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Problemas de percepção visual _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Problemas do ouvido interno _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Ataxia _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Problemas de dependência (álcool, drogas) _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Depressão _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Doença mental _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Doenças endócrinas _____ | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | _____ |
| Outra(s) _____ | | _____ |

Atualmente, alguma(s) das condições clínicas, que mencionou anteriormente, afeta a sua capacidade de realizar as suas atividades normais do dia-a-dia? Não Aplicável Não Sim
Se sim, especifique:

1) Qual (ou quais) das condições clínicas é que afetam suas atividades normais do dia-a-dia.

2) Quais as atividades que não consegue realizar devido a essas condições clínicas:

- Tratar das suas necessidades pessoais, como vestir-se sozinho(a)
- Tomar banho sozinho na banheira ou chuveiro
- Outras: _____

Nos últimos 3 meses, participou numa aula ou atividade que envolvesse realizar exercício físico? Não Sim

Se sim, por favor especifique na tabela que se segue:

- (1) o(s) tipo(s) de aula(s)/atividade(s) que pratica (exemplo: caminhadas, hidroginástica, Tai Chi, yoga, natação, etc.);
- (2) se essa atividade foi prescrita por um profissional de exercício físico;
- (3) a duração e a frequência semanal dessa(s) atividade(s) **relativamente aos últimos 3 meses**;
- (4) se considera que a atividade mencionada é exigente o suficiente para causar um aumento perceptível da frequência respiratória e da frequência cardíaca.

| Aula/Atividade | Esta atividade foi prescrita por um profissional de exercício físico? | Duração | Número de aulas por semana | Esta aula/atividade é exigente o suficiente para causar um aumento perceptível da frequência respiratória e da frequência cardíaca? |
|----------------|---|---------|----------------------------|---|
| | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | | | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim |
| | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | | | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim |
| | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | | | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim |
| | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | | | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim |
| | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | | | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim |

Pretende receber informações acerca dos resultados deste estudo? Não Sim

Se sim, indique-nos o seu e-mail:

Nota: reforçamos que esta informação é confidencial e apenas será utilizada para efeitos de comunicação dos resultados do presente estudo.

Por favor preencha a hora em que terminou o preenchimento deste questionário: Hora

final: _____ : _____

Muito obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado!

DURAÇÃO TOTAL (min): _____

Anexo 4 - CPF

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

Antes de responder ao questionário, por favor preencha a data e a hora de início do mesmo:

Data: ___/___/___ Hora de início: ___:___

Composite Physical Function Scale

Instruções: Indique por favor a sua capacidade para realizar as seguintes atividades, colocando um círculo na resposta adequada. A sua resposta deve indicar se consegue realizar estas atividades, e não se as realiza atualmente.

| | Consigo realizar por mim próprio sem ajuda | Consigo realizar com ajuda | Não consigo realizar |
|--|--|----------------------------|----------------------|
| a. Tratar das suas necessidades pessoais, como vestir-se sozinho(a) | 2 | 1 | 0 |
| b. Tomar banho sozinha na banheira ou chuveiro | 2 | 1 | 0 |
| c. Andar na rua (100 ou 200 metros) | 2 | 1 | 0 |
| d. Realizar tarefas domésticas leves – tais como um ou mais dos seguintes exemplos: cozinhar, limpar o pó, lavar a loiça, varrer um passeio | 2 | 1 | 0 |
| e. Subir e descer um lance de escadas | 2 | 1 | 0 |
| f. Fazer as próprias compras/ recados (andar aproximadamente 500 metros). | 2 | 1 | 0 |
| g. Levantar e transportar 5 kg (Um saco de compras). | 2 | 1 | 0 |
| h. Andar um quilómetro. | 2 | 1 | 0 |
| i. Andar um quilómetro e meio. | 2 | 1 | 0 |
| j. Levantar e transportar 10 kg (Uma mala de viagem média ou grande ou dois sacos de compras ou dois garrações de água) | 2 | 1 | 0 |
| k. Realizar tarefas domésticas pesadas – tais como um ou mais dos seguintes exemplos: esfregar o chão, aspirar, varrer folhas. | 2 | 1 | 0 |
| l. Realizar atividades extenuantes – tais como um ou mais dos seguintes exemplos: caminhadas intensas, cavar o jardim, mover objetos pesados, andar de bicicleta, ginástica aeróbica, exercício extenuante, etc. | 2 | 1 | 0 |

Por favor preencha a hora em que terminou o preenchimento deste questionário:

Hora final: ___:___

Muito obrigado pela sua colaboração e tempo dispensado!

DURAÇÃO TOTAL (min): _____

Anexo 5 - Questões para os itens J, K e L do questionário

DATA: ___/___/___

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

Questões para os itens j, k e l do questionário

Antes de começarmos a entrevista gostaria de colocar-lhe algumas questões específicas em relação a 3 dos itens do questionário.

| | |
|--|------------------------------|
| No item J foi questionado acerca da sua capacidade Levantar e transportar 10 kg. Como exemplo foi utilizada uma mala de viagem média ou grande. Em relação a elevar e transportar um objeto de 10kg, considera que o exemplo mencionado é representativo de um objeto pesado no seu quotidiano? | Sim <input type="checkbox"/> |
| Se não, que outro objeto poderia representar melhor este tipo de ação? | |
| No item K foi questionado acerca da sua capacidade em realizar tarefas domésticas pesadas- tais como, esfregar, lavar o chão, aspirar, varrer folhas. Considera que as atividades mencionadas representam atividades pesadas que seria capaz de realizar no seu dia-a-dia (podendo não ser realizadas todos os dias)? | Sim <input type="checkbox"/> |
| Se não, que outras atividades representariam melhor este tipo de atividades? | |
| No item L foi questionado acerca da sua capacidade em realizar atividades extenuantes tais como, caminhadas intensas, cavar o jardim, mover objetos pesados, andar de bicicleta, ginástica aeróbica, exercício extenuante. Considera que as atividades mencionadas representam atividades extenuantes que seria capaz de realizar no seu dia-a-dia (podendo não ser realizadas todos os dias)? | Sim <input type="checkbox"/> |
| Se não, que outras atividades representariam melhor este tipo de atividades? | |

Entrevista aos Participantes no Estudo Piloto (Cognitive Debriefing)

| | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. Considera os itens do questionário claros e fáceis de compreender? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi não indique porquê. | | |
| 2. Considera algum item/ palavra pouco clara ou ambígua? | Não | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi sim , indique qual(ais) os itens/ palavras em que teve mais dificuldade ou que não conseguiu compreender e sugira outra formulação/ palavra para a(s) substituir. | | |
| 3. Considera que os itens do questionário são fáceis de responder? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi não indique porquê. | | |
| 4. Considera que os itens do questionário são adequados para avaliar a sua capacidade para realizar as atividades do seu dia-a-dia? Deixou alguma questão por responder? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi não indique porquê. | | |

| | | |
|--|------------|--------------------------|
| 5. Considera que há algum aspecto importante na sua capacidade para realizar as atividades do seu dia-a-dia que esteja em falta nos itens do questionário? | Não | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi sim , indique o quê. | | |
| 6. Considera algum item inapropriado (culturalmente)? Opõem-se a responder a alguma questão? | Não | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi sim , indique qual(ais) os itens e porquê. | | |
| 7. Considera que a maioria dos itens são relevantes para si? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi não indique porquê. | | |
| 8. Considera as instruções do questionário claras e fáceis de compreender? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi não indique porquê. | | |

Anexo 6 - Entrevista aos Participantes no Estudo Piloto (Questionário de Caracterização)

DATA: ___/___/___

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

Entrevista aos Participantes no Estudo Piloto (Questionário de Caracterização)

| | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. Considera os itens do questionário claros e fáceis de compreender? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi não indique porquê. | | |
| 2. Considera que os itens do questionário são fáceis de responder? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi não indique que itens em particular e porquê. | | |
| 3. Precisou de ajuda para responder a este questionário? | Não | <input type="checkbox"/> |
| Se a resposta foi sim indique porquê. | | |
| 4. Tem alguma outra observação acerca deste questionário? | Sim | <input type="checkbox"/> |

Se a resposta foi sim indique as observações.

Anexo 7 - SF36 – Função Física

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

Antes de responder ao questionário, por favor preencha a data e a hora de início do mesmo:

Data: ___/___/___ Hora de início: ___:___

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

Instruções: As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

| | Sim, muito limitado/a | Sim, um pouco limitado/a | Não, nada limitado/a |
|---|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes | 1 | 2 | 3 |
| b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa | 1 | 2 | 3 |
| c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia | 1 | 2 | 3 |
| d. Subir vários lanços de escada | 1 | 2 | 3 |
| e. Subir um lanço de escadas | 1 | 2 | 3 |
| f. Inclinarse, ajoelhar-se ou baixar-se | 1 | 2 | 3 |
| g. Andar mais de 1 km | 1 | 2 | 3 |
| h. Andar várias centenas de metros | 1 | 2 | 3 |
| i. Andar uma centena de metros | 1 | 2 | 3 |
| j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a | 1 | 2 | 3 |