

AVALIAÇÃO DE ESTADOS FUNCIONAIS NO IDOSO

Exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts

PAULA BROEIRO, VITOR RAMOS, ISABEL TAVARES,
ESMERALDA CUNHA, JOSÉ AMORIM

Centro de Saúde do Lumiar. Lisboa. Centro de Saúde da Costa da Caparica. Almada.

RESUMO

Introdução: Os resultados das intervenções médicas podem traduzir-se em modificações nos estados de saúde e nos estados funcionais. Têm-se desenvolvido instrumentos para medir estas dimensões. Uma das dificuldades com que os investigadores se deparam é a da adaptação transcultural destes instrumentos. Este estudo de avaliação de estados funcionais consiste num exercício de aplicação em idosos de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo, transversal com uma componente de análise qualitativa. Foram inquiridos 189 idosos - 61% de uma amostra aleatória de idosos inscritos em listas de médicos de família. Foi feita análise univariada e bivariada das variáveis consideradas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, número de problemas de saúde, valores das dimensões da escala COOP/WONCA Charts, grau de dependência do Índice de Katz) com especial ênfase para a associação dos valores da escala com o número de problemas de saúde (patologia múltipla) coexistentes em cada idoso. Foi feita a comparação dos resultados da aplicação da escala COOP/WONCA Charts com os da aplicação do Índice de Katz. Foi ainda feita uma análise qualitativa (opinião dos inquiridos) através de entrevista semi-estruturada sobre a aceitabilidade e adequação da escala. **Resultados:** Em relação às dimensões da escala COOP/WONCA Charts verificou-se que dos idosos 23% referiram limitações moderadas a graves na aptidão física, 25% manifestavam estados afectivo-emocionais desfavoráveis, 12% declararam ter limitações moderadas a graves nas actividades do dia-a-dia e 7% em relação ao convívio e vida social. 66% consideraram que o seu estado geral de saúde não se havia alterado nas últimas duas semanas, enquanto que em 18% havia melhorado e em 16% havia piorado. 29% consideraram o seu estado geral de saúde fraco ou mau, 47% razoável e 24% bom ou muito bom. 55% referiram ter tido nas últimas duas semanas dores desde ligeiras a muito fortes. As mulheres declararam piores níveis (4 e 5) todas as dimensões da escala. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o número de problemas de saúde coexistentes na mesma pessoa e os valores de algumas das dimensões da escala. Houve discordância de resultados em metade dos idosos, a quem se aplicou o Índice de Katz, quando comparados com os da dimensão *actividades do dia-a-dia* (COOP/WONCA Charts), relativa à auto-percepção da funcionalidade pessoal. Da análise qualitativa realizada ressaltam de boa aceitabilidade e aplicabilidade em geral, a par de algumas dificuldades de compreensão do conteúdo de algumas perguntas em idosos analfabetos. A aplicação da escala foi mais morosa em doentes deprimidos. **Discussão:** Os idosos são o grupo populacional que à partida ofereceria maiores dificuldades de aplicação de uma escala do tipo COOP/WONCA Charts quer por limitações culturais (analfabetismo, escassez de prática de utilizar símbolos e abstracções), quer por limitações bio-psicológicas (acuidade visual e estados psicológicos e emocionais). Porém, o presente estudo evidencia boa aplicabilidade, aceitabilidade e utilidade de uma versão em Português desta escala, o que permitirá realizar comparações internacionais.

* Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde do Ministério da Saúde (Projecto n.º 34/91).

S U M M A R Y

**Functional Status Assessment in the Elderly.
Application of a Portuguese version of the COOP/WONCA Charts**

Introduction: The outcomes of medical care can be measured in terms of health or functional status. Several outcomes measures have been developed in the last years but, there are several difficulties with cross-cultural adaptations. This study is mainly an application exercise to a group of old people of a Portuguese version of the COOP/WONCA Charts. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with a component of qualitative analysis was done. Population basis was the elderly registered in the lists of five family doctors in two Portuguese health centres (Lumiar and Costa da Caparica) in the Lisbon region. A random sample of 189 patients (aged 65 and over) was interviewed. The studied variables were: *gender, age, civil status, literacy, co-morbidity and dimensions of the COOP/WONCA Charts*. Univariate and bivariate analysis was done. A qualitative analysis was also performed to approach relevancy and acceptability of the Charts to the elderly. **Results:** 23% of the elderly had important limitations (values 4 and 5 of the charts) in physical fitness, 25% had unfavourable repercussions on feelings (values 4 and 5), 12% had important difficulties (value 4 and 5) in every-day life activities and 7% had important limitations in social life. 66% had no changes in their health in the last two weeks, 18% got better and 16% got worse. 21% valued their overall health as fair or poor, 47% as good and 24% as very good or excellent. Moderate to severe pain in the last two weeks was reported by 55% of the patients. Female reported in general worse scores than males. Statistical significance was found in the association between the number of the co-existent health problems in the same person (co-morbidity) and the values of some dimensions of the COOP/WONCA Charts. In the half of the case where the Katz index was measured there were non-concordance with the measures of the daily life of the COOP/WONCA Charts. The Charts had good acceptability and applicability but also some difficulties for illiterate elderly. **Discussion:** Although the use of COOP/WONCA Charts could be difficult with elderly patients the present study showed its applicability and utility in the everyday clinical practice. The Charts open new possibilities for international comparisons on functional status assessment.

INTRODUÇÃO

Os resultados das intervenções médicas podem traduzir-se em termos de modificações nos estados de saúde e na funcionalidade pessoal. Têm sido desenvolvidos vários instrumentos e escalas para avaliar os estados funcionais. Algumas destas escalas centram-se na pessoa independentemente do tipo de problemas de saúde, outras são escalas relacionadas com problemas ou doenças específicos.

David Wilkin em obra recente, compila e apresenta de uma forma sistematizada uma colecção de escalas, comentando-as com as suas indicações e limitações¹.

A avaliação de estados funcionais tem adquirido uma importância crescente no estudo, quer de necessidades de saúde, quer de avaliação dos resultados de intervenções médicas²⁻⁸.

Uma das interpretações possíveis do conceito de saúde e bem estar relaciona-se com a capacidade funcional da pessoa nas suas diversas dimensões (física, emocional, social). Têm sido desenvolvidas várias escalas para avaliação de estados funcionais das quais as mais conhecidas são: a SIP (Sickness Impact Profile); NHP (Nottingham Impact Profile); DUKE-UNC Health Profile^{1,9,10}. Embora estas escalas estejam relativamente bem validadas e tenham sido utilizadas em diversos estudos de investigação, têm o inconveniente de serem extensas e de aplicação morosa na prática clínica diária.

A Universidade de Dartmouth desenvolveu uma escala constituída por um conjunto de quadros (COOP Charts) que, pela sua simplicidade, se tornaram bastante atracti-

vos para uso prático⁵. Um grupo de trabalho da WONCA (Organização Mundial dos Médicos de Família) adoptou esta escala a qual passou a ter a designação abreviada de *COOP/WONCA Charts*^{3,11}.

Em Portugal estas escalas ainda são relativamente desconhecidas. Os autores propuseram-se realizar um exercício de aplicação da escala COOP/WONCA Charts no seu contexto profissional, esperando contribuir deste modo para a divulgação e para o estudo da aplicabilidade deste instrumento de medida na prática da clínica geral.

Embora a escala COOP/WONCA Charts possa aplicar-se em qualquer fase da vida e em qualquer situação de saúde, foi seleccionado o grupo das pessoas idosas porque nele as alterações da capacidade funcional são muito frequentes e importantes, e porque o estado de saúde e a qualidade de vida estão intimamente relacionados com o/os grau/s de independência e funcionalidade.

A opção pela escala *COOP/WONCA Charts* deveu-se a ser uma escala simples e fácil de utilizar no dia-a-dia do médico. Foi obtida autorização dos autores para a sua tradução.

O presente estudo teve como objectivos:

- a) descrever os resultados obtidos no conjunto dos idosos, em relação às diversas dimensões da escala;
- c) avaliar a adequação do seu conteúdo e da tradução realizada ao contexto cultural em que foi aplicado;
- d) confrontar os resultados obtidos com os decorrentes da aplicação do Índice de Katz;
- e) estudar a associação entre estado de saúde (número de problemas de saúde identificados) e valores da escala COOP/WONCA Charts.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, com uma componente de análise qualitativa.

A população em estudo abrangeu as pessoas idosas (com 65 e mais anos) inscritas em listas de médicos de família. De um total de 948 idosos, foi seleccionada uma amostra de 311 pessoas às quais foi enviado convite postal para participação no estudo. Disponibilizou-se sempre a hipótese de contacto telefónico, postal ou pessoal com o serviço social do centro de saúde para gerir as oportunidades de entrevista. Esta, poderia ser feita, quer nas instalações do centro de saúde ou no domicílio quando desejado. Dos 311 convites aceitaram participar 189 idosos (60,8%), dos quais 13 foram entrevistados em visita domiciliária.

Para além da escala COOP/WONCA Charts (*Quadro 1*) foi utilizado o Índice de Katz.

Este estudo integrou-se num projecto de investigação sobre patologia múltipla dos idosos.

Foram consideradas as seguintes variáveis: idade; sexo; estado civil; escolaridade; número total de problemas de saúde; valores das dimensões da escala COOP/WONCA Charts (*Anexo 1*) – aptidão física, estado afectivo-emocional, actividades do dia-a-dia, convívio e vida social, mudanças do estado geral de saúde, auto-percepção do estado geral de saúde, dores; graus de dependência do Índice de Katz¹².

A recolha dos dados foi feita no centro de saúde ou no domicílio pessoalmente pelos autores. Optou-se pela aplicação da escala pelo próprio médico dada a frequência esperada de analfabetos (15-20%) e de pessoas com diminuição acentuada da acuidade visual. As perguntas foram feitas mostrando e lendo simultaneamente os quadros ilustrados que integram a escala COOP/WONCA Charts (*Anexo 1*).

Em 13 idosos foi também aplicado o índice de Katz.

A análise dos dados incluiu:

- análise univariada de todas as variáveis consideradas;
- a análise de variância *one way*, para estudar a relação entre o número total de problemas e as dimensões da escala de avaliação de estado funcional. Procurou-se assim explorar a associação entre os valores das médias do número total de problemas por pessoa, e os valores médios da escala para cada dimensão;
- uma comparação entre os valores obtidos para a dimensão actividades do dia-a-dia da escala COOP/WONCA Charts e os valores obtidos com o Índice de Katz, nos mesmos idosos;
- uma análise qualitativa de aceitabilidade e adequação da escala (em reunião de discussão dos autores) após a realização de entrevistas semi-estruturadas a 24 doentes para recolha das suas opiniões sobre a própria escala.

Estas entrevistas visaram os seguintes aspectos :

- * opinião e dificuldades em cada um dos diversos quadros da escala, incluindo a clareza e adequação do texto,
- * opinião geral sobre a escala,
- * opinião sobre as ilustrações,
- * experiências anteriores com este tipo de escalas,
- * outras observações.

Quadro 1 – Tradução portuguesa inicial da escala COOP/WONCA Charts (A) e a versão modificada (B)

(A)	(B)
1 - Forma Física muito intenso intenso moderado ligeiro muito ligeiro	1 - Aptidão Física muito intenso intenso moderado ligeiro muito ligeiro
2 - Sentimentos nada ligeiramente moderadamente bastante muito	2 - Disposição ou estado afectivo-emocional nada ligeiramente moderadamente bastante muito
3 - Actividades do dia-a-dia nenhuma dificuldade pouca dificuldade bastante dificuldade muita dificuldade não tenho podido fazer nada	3 - Actividades do dia-a-dia nenhuma dificuldade pouca dificuldade bastante dificuldade muita dificuldade não tenho podido fazer nada
4 - Vida social nada ligeiramente moderadamente bastante muito	4 - Convívio e vida social nada ligeiramente moderadamente bastante muito
5 - Mudanças no estado de saúde muito melhor um pouco melhor o mesmo um pouco pior muito pior	5 - Mudanças no estado de saúde muito melhor um pouco melhor o mesmo um pouco pior muito pior
6 - Estado geral de saúde excelente muito bom bom fraco mau	6 - Autopercepção do estado geral de saúde muito bom bom razoável fraco mau
7 - Dores nenhumas muito ligeiras ligeiras fortes muito fortes	7 - Dores nenhumas muito ligeiras ligeiras fortes muito fortes

RESULTADOS

Caracterização socio-demográfica e socio-económica

Dos 189 idosos que corresponderam ao pedido de colaboração neste estudo, 127 (67%) eram do sexo feminino e 62 (33%) do sexo masculino.

Em relação ao estado civil, 102 (54%) eram casados e 63 (33%) eram viúvos, os solteiros (9%) e os divorciados (4%) constituíam pequenos grupos.

Em relação à escolaridade 18% dos idosos eram analfabetos o que teve implicações óbvias na forma como se efectuou a aplicação da escala de avaliação funcional.

Patologia múltipla, idade e sexo

Em mais de metade das pessoas inquiridas (67%) foi possível identificar seis ou mais problemas de saúde co-existentes. O número médio de problemas foi de 7, com desvio padrão de 3,27.

Estados funcionais e patologia múltipla

Os resultados da avaliação de estados funcionais através da escala COOP/WONCA Charts conduziu aos resultados que se apresentam nas *figuras de 1 a 7*, segundo as diversas dimensões consideradas nesta escala.

Em relação às dimensões da escala COOP/WONCA Charts verificou-se que dos idosos inquiridos 23% referiram limitações moderadas a graves na aptidão física, 25% manifestavam estados afectivo-emocionais desfavoráveis, 12% declararam ter limitações moderadas a graves nas actividades do dia-a-dia e 7% em relação ao convívio e vida social. 66% consideraram que o seu estado geral de saúde não se havia alterado nas últimas duas semanas, enquanto que em 18% havia melhorado e em

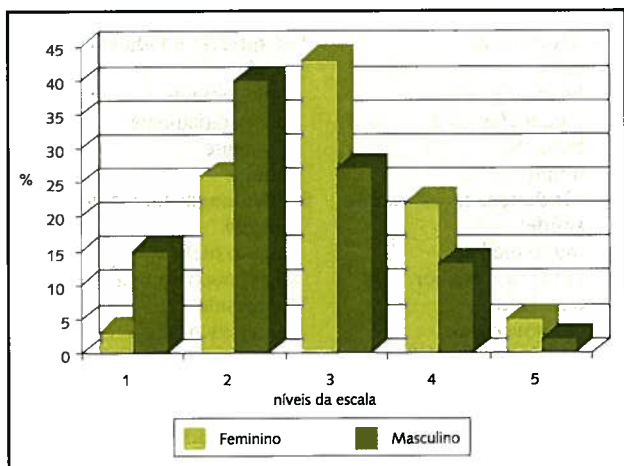


Fig. 1 – Distribuição de frequência, por sexo, dos valores da dimensão *aptidão física*.

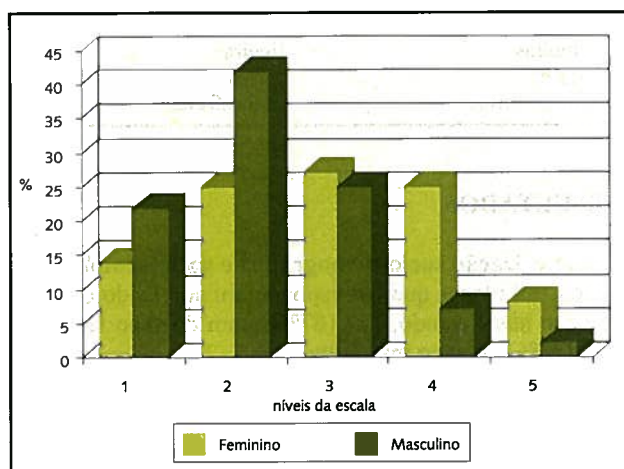


Fig. 2 – Distribuição de frequência, por sexo, dos valores da dimensão *disposição ou estado afectivo-emocional*

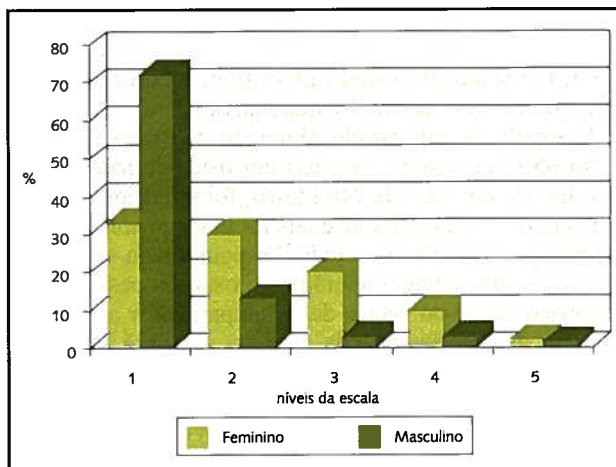


Fig 3 – Distribuição de frequência, por sexo, dos valores da dimensão *actividades do dia-a-dia*.

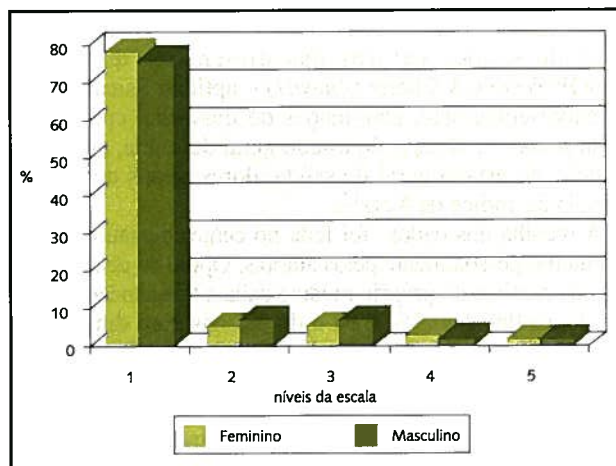


Fig 4 – Distribuição de frequência, por sexo, dos valores da dimensão *convívio e vida social*

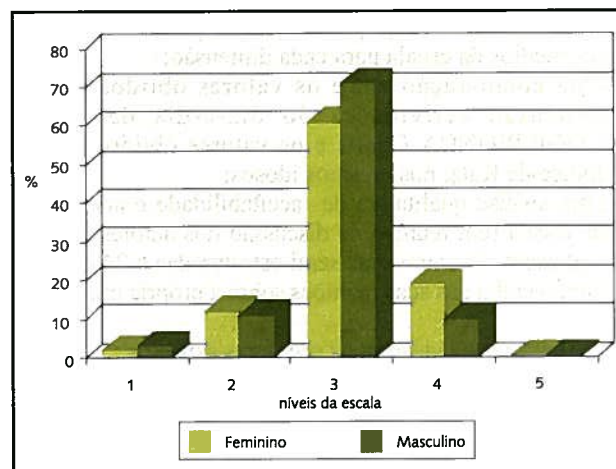


Fig 5 – Distribuição de frequência, por sexo, dos valores da dimensão *mudanças do estado de saúde*

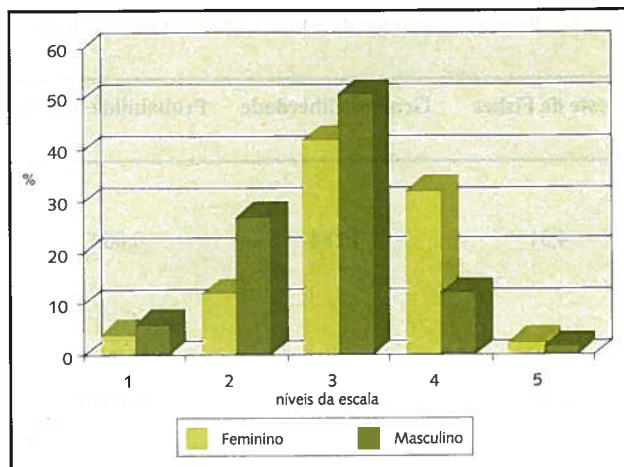


Fig 6 – Distribuição de frequência, por sexo, dos valores da dimensão *autopercepção do estado geral de saúde*

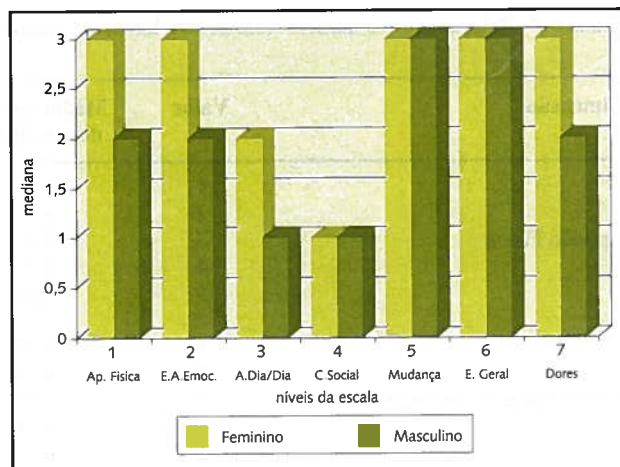


Fig 8 – Medianas das diversas dimensões da escala, por sexo

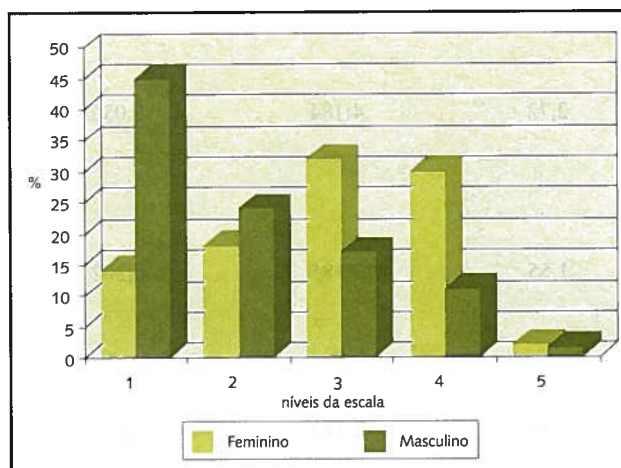


Fig 7 – Distribuição de frequência, por sexo, dos valores da dimensão *dores*

16% havia piorado. 29% consideravam o seu estado geral de saúde fraco ou mau, 47% razoável e 24% bom ou muito bom. 55% referiram ter tido nas últimas duas semanas dores desde ligeiras a muito fortes.

A *autopercepção* da funcionalidade e bem estar foi sistematicamente pior no sexo feminino. As mulheres declararam piores níveis (valores 4 e 5) em todas as dimensões da escala (fig. 1-7).

As medianas dos valores declarados para as diferentes dimensões são também mais elevadas (pior situação) nas mulheres nas dimensões aptidão física, estado afectivo-emocional, actividades do dia-a-dia e dores (fig. 8).

As análises de variância *one way* para comparação entre os números médios de problemas de saúde coexistentes na mesma pessoa e cada um dos valores das diversas dimensões da escala estão resumidos no *Quadro 2*.

Como se pode verificar, a associação entre o número médio de problemas de saúde coexistentes na mesma

persona e os valores da maioria das dimensões da escala são estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Estas considerações não são aplicáveis à dimensão *mudanças do estado de saúde*.

Em termos gerais existe uma tendência para, ao aumento do número médio de problemas, corresponder um agravamento do estado funcional em cada dimensão, à excepção do nível 5 (o pior grau em cada dimensão).

O *Quadro 3* ilustra, em 13 idosos, uma comparação entre valores da dimensão, actividades do dia-a-dia, da escala COOP/WONCA Charts e Índice de Katz.

Resultados qualitativos

Das entrevistas semi-estruturadas realizadas na sequência da aplicação da escala obtiveram-se os seguintes resultados:

- opinião geral** – todos os doentes aceitaram bem. Alguns mesmo manifestaram grande apreço por lhe terem feito estas perguntas que *mostram interesse pela pessoa*;
- ilustrações** – a maioria dos doentes manifestaram-se indiferentes. Alguns declararam não os compreender bem ou simplesmente não tomaram atenção. Outros acharam adequados e/ou engraçados e um considerou *engraçado para o neto*;
- experiência anterior** – nenhum dos doentes entrevistados referiu ter sido anteriormente submetido a este tipo de perguntas, o que constituiu para todos uma experiência nova;
- outras observações** – a vários analfabetos teve de ser explicado o significado do texto e das ilustrações. Nos doentes deprimidos a aplicação da escala foi muito morosa. Algumas perguntas despertaram reacções emocionais. Alguns dos doentes referiram que este tipo de avaliação aproxima o médico do paciente;
- análise de pormenor das diversas dimensões da escala** – algumas palavras e expressões foram mal compreendidas pelo que os autores decidiram a sua substituição por palavras equivalentes, mas mais simples ou mais de acordo com os usos linguísticos da nossa popu-

Quadro 2 –Relação entre o número total de problemas de saúde e os valores das diversas dimensões da escala COOP/WONCA Charts

Dimensão	Valor	Média do total de problemas	Teste de Fisher	Graus de liberdade	Probabilidade de erro
Aptidão Física	1	5,07	4,31	4:184	0,0023
	2	6,19			
	3	7,68			
	4	8,11			
	5	7,86			
Estado Afectivo-emocional	1	5,87	4,85	4:184	0,0010
	2	6,34			
	3	7,54			
	4	8,00			
	5	9,46			
Actividades do Dia-a-Dia	1	6,16	5,69	4:184	0,0020
	2	7,21			
	3	8,62			
	4	9,18			
	5	7,60			
Convívio e Vida Social	1	6,76	2,72	4:184	0,0309
	2	8,71			
	3	9,07			
	4	6,90			
	5	8,33			
Mudança no Estado de Saúde	1	6,80	1,55	3:185	0,2023
	2	8,17			
	3	6,79			
	4	7,45			
	5	-----			
Autopercepção do Estado Geral de Saúde	1	5,81	4,53	4:184	0,0016
	2	6,25			
	3	6,72			
	4	8,67			
	5	6,75			
Dores	1	5,59	4,79	4:184	0,0011
	2	7,23			
	3	7,23			
	4	8,06			
	5	10,25			

lação. (Quadro 1 e Anexo 1). Por exemplo a palavra sentimento que pretendia traduzir *feelings* foi interpretada de forma contraditória por diversos doentes. Optou-se pela sua substituição pela palavra disposição. A palavra excelente (excellent) não parece pertencer ao vocabulário usado quotidianamente para formular juízos de valor, ao contrário da tradição anglo-saxónica. Assim, a sequência: *excellent/very good/good/fair/poor* foi retraduzido para muito bom/bom/razoável/fraco/mau. O valor médio de percepção de estado geral parece ser, na nossa cultura, melhor traduzida pela palavra *razoável*.

DISCUSSÃO

O estudo de aplicabilidade e a validação de escalas que visem medir dimensões que podem ser afectadas por

factores psicológicos, sociais e culturais reveste-se de grande complexidade^{1,9,11, 13-15}.

No caso presente, os autores limitaram-se a realizar um exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. As dificuldades começaram com a tradução literal do inglês o que pode introduzir expressões menos relevantes na cultura portuguesa. É o caso por exemplo do adjectivo *excellent* que os britânicos usam com muita frequência e que não faz parte dos hábitos da nossa população.

Os autores optaram por utilizar para a autopercepção do estado geral de saúde os valores (muito bom, bom, razoável, fraco e mau). Apesar de o equivalente à expressão *Excellent* possa ser a palavra *ótimo* pareceu conveniente escolher uma escala em que o valor central fosse *razoável* (mais ou menos). Embora seja controverso, os

autores na sua experiência clínica têm constatado que na autopercepção do estado de saúde, os portugueses tendem a ser *negativos* ou pouco efusivos e geralmente dizem *razoável* quando não sentem qualquer perturbação de saúde.

No caso dos idosos há ainda que ter em conta dificuldades relacionadas com a percentagem elevada de analfabetos, em paralelo com o facto de não estarem habituados ao recurso a símbolos e abstrações como é o caso das gravuras estilizadas da escala.

Por outro lado os estados emocionais podem interferir fortemente na percepção da sua funcionalidade, nas suas diversas dimensões¹⁶.

Em relação à comparação dos valores encontrados com os dos estudos de outros autores, Garcia Olmos¹⁷ encontrou numa população mais idosa (70 e mais anos) que 20% tinham uma limitação intensa ou total nas actividades de vida diária (12% neste estudo), 37% com estado afectivo-emocional bastante ou muito afectado (26% neste estudo), 15% em que o convívio e vida social estavam bastante ou muito limitados (7% neste estudo) e 47% tinham uma autopercepção do estado de saúde *regular* (fraco) ou *mau* (29% neste estudo). Em ambos os estudos as mulheres tiveram uma autopercepção do estado de saúde pior que os homens, com diferenças mais marcadas no que respeita ao estado afectivo-emocional.

Em relação à utilidade e aplicabilidade da escala na prática clínica os autores elegeram como referência fundamental a *pessoa* na sua totalidade e a forma como ela se percebe a si e à sua situação no mundo. Por isso, parece-nos que a escala COOP/WONCA Charts encerra potencialidades porque:

- a) é uma das escalas mais simples;
- b) pode ser auto-aplicada ou aplicada pelos profissionais de saúde;
- c) envolve as principais dimensões da funcionalidade, incluindo a dimensão afectivo-emocional e a vida social;
- d) permite atribuir um valor quantificado a cada dimensão, embora haja dúvidas sobre a utilidade/validade da construção de um score total;
- e) é, em termos individualizados, um instrumento que permite monitorizar a evolução de estados funcionais ao longo do tempo;
- f) é um instrumento que promove a aproximação entre o médico e o doente.

No entanto, e no caso particular dos idosos deparámos com algumas limitações na sua aplicação, como por exemplo:

- a) o texto nem sempre ter sido facilmente compreendido;
- b) as ilustrações não são facilmente inteligíveis pelas pessoas deste grupo etário;
- c) torna-se de aplicação relativamente lenta;
- d) introduz um elemento de dispersão na consulta.

Quanto à comparação com o Índice de Katz e numa apreciação qualitativa, conforme o referido a propósito do *Quadro 3*, é de realçar que as discordâncias encontradas em cerca de metade dos casos são situações em que

provavelmente o estado afectivo-emocional foi condicionado por perturbações ansiosas ou depressivas¹⁶. Estas originam uma percepção de funcionalidade bastante aquém das reais capacidades existentes, o que parece ter óbvias implicações clínicas.

Quadro 2 – Relação entre a escala COOP/WONCA Charts e o Índice de Katz

Idade	Idosos sexo	Actividades do dia-a-dia (COOP/WONCA Charts)	Índice de Katz
74	F	4	A
80	M	5	D
75	M	4	E
68	F	3	A
67	F	2	A
81	F	5	D
66	F	4	A
77	M	3	B
78	F	4	D
72	F	5	F
79	F	3	O
83	M	5	G
85	F	3	D

CONCLUSÃO

A avaliação da funcionalidade pessoal no âmbito da prática clínica em cuidados de saúde primários não tem sido objecto de estudos sistemáticos no nosso país; a capacidade funcional, nas suas várias dimensões, é um dos aspectos mais importantes quer para avaliar necessidades quer para avaliar resultados da prestação de cuidados de saúde, especialmente nas pessoas idosas; a medição de capacidade funcional só é viável na prática clínica diária se dispusermos de instrumentos simples e de fácil aplicação; a escala COOP/WONCA Charts parece-nos corresponder aos desideratos atrás enunciados embora contenha limitações de natureza transcultural; como processo intermédio entre a não existência de escalas, e a produção de uma escala portuguesa, parece-nos apropriado experimentar e divulgar esta escala. Tanto mais, que estando a ser recomendada pela Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA) permitirá comparações internacionais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao colega Pedro Aguiar a colaboração prestada na análise estatística dos dados.

BIBLIOGRAFIA






1. WILKIN D, HALLOM L, DOGGET MA: Measures of Need and Outcome for Primary Health Care. Oxford: Oxford University Press, 1992
2. SPITZER WO: State of Science 1986: quality of life and functional status as target variable for research. J Chron Dis 1987;40(6): 465-71
3. NELSON EC, WASSON J, KIRK Y et al: Assessment of Function in Routine Clinical Practice: description of the COOP chart method and preliminary findings. J Chron Dis 1987; 40(51): 553-635

4. STEWART AL, GREENFIELD S, HAYS RD, WELLS, ROGERS WH, BERRY SD et al: Functional Status and Well-being of Patients with Chronic Conditions. *JAMA* 1989; 262 (7): 907-13
5. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD et al: The COOP Function Charts: a system to measure patient function in physician's offices. In: *Functional Status Measures in Primary Care* (WONCA eds). New York: Spriger-Verlag 1990:97-131
6. WONCA Classification Committee. *Functional Status Measures in General Practice*. Australian Fam Physician 1991; 20(6)
7. YONG BM, SMITH RYA: How Do We Classify Functional Status? *Fam Med* 1992; 24(2):128-133
8. BASS MJ: Assessing Functional Status in Family Practice. *Family Medicine* 1992; 24(2):134-5
9. HUNT SM: Cross-cultural Issues in the Use of Socio-Medical Indicators. *Health Policy* 1986; 6:149-158
10. PAKERSON GR, BROADHEAD WE, TSE CKJ: Development of the 17- Item Duke Health Profile. *Fam Pract* 1991; 8(4):396-401
11. SCHOLTEN JHG, VAN WEEL C: Functional Status Assessment in Family Practice. *The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA*. Lelystad: Meditskst 1992
12. SOLAR M, ROJO A, GURPEGNI E, VICENTE J, FRECHOSO M, RODRIGUEZ I et al: Capacidad Funcional de Pacients Mayores de 65 años según el índice de Katz. *Fiabilidad del método*. *Atención Primaria* 1992; 10(6): 812-6
13. PATRICK DL, SITTAMPALAM Y, SOMEVILLE SM, CARTER WB, BERGNER M: A Cross-cultural comparison of health Status Values. *Am J Public Health* 1985; 75(12): 1402-7
14. HUNT SM, ALONSO J, DUCQUET D, NIERO M, WIKLUND I, MCKENNA: European Group for Health Measurement and Quality of Life Assessment. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 1991; 19: 33-44
15. ANDERSON JP, KAPLAN RM, BERRY CC, BUSH JW, RUMBAUT RG: Interday Reliability of Function Assessment for a Health Status Measure - the quality of Well-Being (QWB) Scale. *Medical Care* 1989; 27(11): 1076-84
16. WELLS K, STEWART A, HAYS R et al: The functioning and Well-being of Depressed Patients. *J Am Med Assoc* 1989; 262: 914-19
17. OLMOS G, MIRANDA C, BARRIOS M, ARIAS P, OGANDO B, VILLEGAS: Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP-WONCA, en una población anciana. *Atención Primaria* 1994; 13: 233-7

1 - Aptidão Física

Durante as últimas 2 semanas...






Qual foi o esforço físico mais intenso que consegui fazer, ou que poderia ter feito durante pelo menos, 2 minutos?

Muito intenso, (por exemplo) correr depressa	 1
Intenso, (por exemplo) correr devagar	 2
Moderado, (por exemplo) andar com passo apressado	 3
Ligeiro, (por exemplo) passear ou andar devagar	 4
Muito ligeiro, (por exemplo) andar muito devagar, com dificuldade, ou não ser capaz de andar	 5

3 - Actividades Dia-a-Dia

Durante as últimas 2 semanas...






Quanta dificuldade tem sentido para realizar os eu trabalho ou as suas tarefas diárias, tanto dentro como fora de casa, devido ao seu estado de saúde física ou psicológica.

Nenhuma dificuldade	 1
Pouca dificuldade	 2
Bastante dificuldade	 3
Muita dificuldade	 4
Não tenho podido fazer nada	 5

2 - Disposição ou Estado Afectivo-Emocional

Durante as últimas 2 semanas...

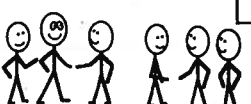




Até que ponto se sentiu incomodado(a) por problemas emocionais tais como sentir-se ansioso(a), deprimido(a), irritável, ou abatido(a) e triste?

Nada	 1
Ligeiramente	 2
Moderadamente	 3
Bastante	 4
Muito	 5

4 - Convívio e Vida Social

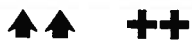




Durante as últimas 2 semanas...

A sua vida social, as suas relações com familiares, amigos, vizinhos ou outros grupos ficaram limitadas ou prejudicadas por causa do seu estado de saúde física ou psicológica?

Nada	 1
Ligeiramente	 2
Moderadamente	 3
Bastante	 4
Muito	 5






5 - Mudanças no estado de Saúde

Como considera o seu estado geral de saúde neste momento, quando compara com a de há duas semanas atrás?

Muito melhor		1
Um pouco melhor		2
O mesmo		3
Um pouco pior		4
Muito pior		5






6 - Auto-Percepção do estado Geral de Saúde

Durante as últimas 2 semanas...
Como classificaria o seu estado geral de saúde?

Muito bom		1
Bom		2
Razoável		3
Fraco		4
Mau		5

7 - Dores

Durante as últimas 4 semanas...
Tem sentido dores?

Nenhumas		1
Muitas ligeiras		2
Ligeiras		3
Fortes		4
Muito fortes		5